PRZEGLĄD
CHIRURGICZNY I GINEKOLOGICZNY

DWUMIESIĘCZNIK

REDAKTOR ANTONI LEŚNIOWSKI
WYDAWCA CZESŁAW STANKIEWICZ

2
1910

TOM II. ZESZYT I.
STYCZEŃ — LUTY 1910.

WARSZAWA
CZCIONKAMI L. BILIŃSKIEGO I W. MAŚLANKIEWICZA, NOWOGRODZKA 17.

PRZEGLĄD
Chirurgiczny i Ginekologiczny
TOM II. ZESZYT I. STYCZEŃ. LUTY. 1910.

PRACE ORYGINALNE.

Jakich zasad trzymać się należy ze stanowiska społecznego w operowaniu zmian zapalnych przydatków maicy?

podał
Dr. WŁADYSŁAW FALGOWSKI
lekarz chorób kobiecych w Poznaniu.

Podczas gdy wobec stwierdzonych zmian gruźliczych w przydatkach macicznych zwykle oddaje się pierwszeństwo zabiegom operacyjnym, poglądy ginekologów co do potrzeby operowania guzów rzeżączkowych i popołogowych są różnorodne. Odnośne zapatrywania autorów można na cztery podzielić działy. Mniejszość stanowią zwolennicy operowania doszczętnego: uważają oni każdy guz jajowodów, zawierający ropę, za dolegliwe i niebezpieczne ognisko chorobowe, i jako takie starają się jak najwcześniej usunąć. Inni znów, pragnąc umożliwić zabieg operacyjny we wczesnym okresie choroby, lecz obawiając się niebezpieczeństwa, połączonego ze zbyt wczesnem operowaniem doszczętnem, poprzestają na przecięciu ogniska ropnego od strony pochwy lub brzucha. Postępowanie takie starał się w ostatnich czasach rozpowszechnić L. Fraenkel, uważając je jako metodę typową. Trzeci dział operatorów wstrzymuje się, o ile możności, od bardziej doszczętnego rękoczynu operacyjnego w okresie ostrym; uważając jednocześnie, że wszelkie paliatywne wypuszczanie ropy za pomocą przecięcia jest szkodliwe dla późniejszej operacyi doszczętnej, sądzą, że nie powinno być w tych przypadkach stosowane

jako zabieg niechirurgiczny. Są to zwolennicy późnego operowania. Autorowie ci uważają za korzystne i godne zalecenia operowanie w okresie przewlekłym, a więc po upływie pół do jednego roku od ostatnich wahań gorączkowych. Autorów tego ostatniego działu można podzielić znów na dwa odłamy. Jedni zalecają po upływie właściwego czasu wykonać całkowite wyłuszczenie obydwóch jajowodów, jajników, a nawet i macicy. Drudzy stawiają sobie za zadanie wykonać późną operacyę możliwie zachowawczo, t. j. usuwać tylko makroskopowo zmienione części, i w każdym przypadku pozostawić część jajnika. Są to operatorzy, którzy starają się z jednej strony zapobiedz znanym objawom, wywołanym w ustroju brakiem jajników, z drugiej zaś strony nie chcą przez wyłuszczenie całkowite przydatków macicznych wyłączyć możności późniejszej ciąży. Nie mam bynajmniej zamiaru oceniać w niniejszej pracy wyników czysto klinicznego zachowawczego leczenia stanów zapalnych przydatków macicznych. Pozwolę sobie atoli w niniejszej rozprawie poruszyć jedynie dwie kwestye, a mianowicie czy należy operować zachowawczo, czy doszczętnie, oraz jaką drogą należy operować, przez pochwę czy też od strony brzucha. I tutaj są zdania podzielone, a wybór drogi operacyjnej zależy w ogólności od postępowania już to zachowawczego, już to doszczętnego poszczególnych autorów. Kto dąży do zachowania możliwie jak największej części przydatków, kto podczas operacyi ciągle ma na względzie zachowanie możności ciąży, ten osięga łatwiej cel, operując od strony brzucha. Kto natomiast z niecierpliwością wyczekuje upływu niezbędnego czasu w nadziei, że za pomocą operacyi uchroni pacyentkę od przyszłych nawrotów i dolegliwości, kto stawia sobie wyłącznie za zadanie uzdrowić zakażoną rzeżączką lub połogiem kobietę i w jak najprędszy i najbezpieczniejszy sposób zwrócić ją rodzinie, ten oddaje zwykle pierwszeństwo operowaniu przez pochwę. Znaną bowiem jest rzeczą, że po operacyach pochwowych zdrowienie trwa znacznie krócej i okres pozabiegowy jest dla pacyentki przyjemniejszy, niż po operacyach brzusznych. W takich zatem przypadkach, w których chodzi o kobiety ze stanu robotniczego, winny teoretyczne i etyczne rozważania oraz wzgląd na późniejsze zapłodnienie i ciążę ustąpić miejsce dążeniu do rychłego i pewnego odzy-

skania zdolności do pracy. I w samej rzeczy można wówczas zdecydować się na wyłuszczenie przydatków drogą pochwową łatwiej, niż drogą brzuszną, a to ze względu na mniejsze niebezpieczeństwo zakażenia. Prócz tego śmiertelność po wyłuszczaniu drogą pochwową jest w rzeczywistości zawsze znacznie mniejsza, niż po cięciu brzusznem. Obok tego droga przez pochwę jest pewniejsza i prędsza. Tym zaletom operowania przez pochwę możnaby przeciwstawić tę stronę ujemną, że tu utrudnione jest bardziej subtelne postępowanie zachowawcze. Jeżeli jednak wychodzi się z założenia, że pacyentkę z klasy robotniczej należy nie tylko wyleczyć prędko i pewnie, lecz również zabezpieczyć ją od możliwych przyszłych nawrotów, wówczas nie zwraca się w czasie operacyi uwagi na dokładne badanie każdej części tkanki, aby się upewnić, czy może ona bez szkody dla pacyentki być usunięta czy też pozostawiona. Wiadomo, że operując przez pochwę, możemy pozostawić samą macicę również dobrze nienaruszoną, jak operując od strony brzucha. Wyosobnienie przydatków bez najmniejszego uszkodzenia macicy przez tylne lub przednie cięcie pochwowe, uwolnienie samej macicy od zrostów nareszcie wyłuszczenie tą drogą przydatków — wszystko to jest jedynie rzeczą techniki i wprawy operatóra. Tego rodzaju zachowawcze operacye często wykonywałem z zupełnem powodzeniem. Wyraźnie przytem zaznaczam, że i w operowaniu drogą pochwową możliwe jest zarówno nieuszkodzenie macicy, jak i zachowanie jajnika. Jeżeli natomiast przyjmie się pod uwagę, że wobec istniejących ciężkich zmian chorobowych przydatków zazwyczaj i macica ulega poważnym zmianom chorobowym, to możność pozostawienia macicy straci znacznie na wartości. Ci zatem operatorzy, którzy ze względu na stanowisko społeczne pacyentki postępują oględnie, będą wystrzegali się pozostawiania macicy, gdyż w ten sposób skazują swe pacyentki, które pomyślnie przetrwały operacyę, na dalsze b. często długotrwałe zachowawcze leczenie pozostawionej macicy, będącej w stanie zapalnym i powodującej nieraz b. dokuczliwe bóle. Takie postępowanie równałoby się odwlekaniu do nieskończoności odzyskania zdolności do pracy. Z powyższego wynika, że przynajmniej wobec chorej z pewnych klas społecznych operator, który oszczędza jej przydatki, a więc i zdolności roz-

rodcze, zasługuje swem ostrożnem i zachowawczem postępowaniem na mniejsze uznanie, niż ten, który zabiegiem doszczętnym zabezpiecza jej przyszłość od nowych chorób i ponownej straty drogiego czasu. Pozatem odpowiada usunięcie macicy wraz z przydatkami wszystkim wymaganiom, jakieby można stawiać operatorowi ostrożnemu i świadomemu celu. Dla postępowania tedy zachowawczego, jak to zaznaczałem już wyżej, przedstawia się operacya przez brzuch pod wielu względami korzystniej. O ile natomiast chodzi na mocy wyżej wyłuszczonych powodów o zabieg możliwie doszczętny, operowanie drogą pochwy, zwłaszcza połączone z jednoczesnem usunięciem macicy, jest zabiegiem stanowczo łatwiejszym do wykonania, prędszym, wygodniejszym i pewniejszym. Tak więc: z jednej strony cięcie brzuszne i oszczędzanie, z drugiej: otwarcie jamy brzusznej przez pochwę i doszczętne wyłuszczenie—oto teza, którą niniejszem stawiam szanownym czytelnikom do dyskusyi.

Zwyczajne wypuszczenie ropy przez nacięcie nie powinno, jako metoda lecznicza, wchodzić wcale w rachubę; jest to rękoczyn conajwyżej paliatywny. Operacya drogą pochwy zasługuje natomiast i z innych jeszcze powodów na uwzględnienie. Wszystkie różnorodne powikłania, jakie zajść mogą po otwarciu brzucha - wspomnę tylko niedrożność jelit, wytworzenie się przepukliny, dłuższe leżenie w łóżku i t. d. — bywają z góry wyłączone po operowaniu przez pochwę. A jeżeli jeszcze dodam, że operacye przez pochwę wykonywam teraz zawsze w znieczuleniu lędzwiomem, to staje się oczywistem, że ten rodzaj operowania nie jest rękoczynem dużym. Dla kobiet, dla których czas jest majątkiem, wzgląd ten jest doniosłego znaczenia. Tak więc widzimy, że nie tylko rodzaj operacyi, czy to doszczętnej czy zachowawczej, ale i złączony z nim wybór drogi operacyjnej, czyli, mówiąc krótko, całkowite wskazanie do rodzaju i sposobu rękoczynu operacyjnego z wielu względów zależne są od względów socyalnych i stanowiska, jakie społecznie pacyentka zajmuje. Z jednej strony ciężka praca fizyczna, z drugiej—prostytucya odgrywają ważną rolę w ostatecznem postanowieniu operatora. Tu i tam żadną miarą nie można zadużo powodować się względami leczenia zachowawczego. Skoro tedy po dłuższem czekaniu operator

zdecydował się do wykonania tego rodzaju pacyentce zabiegu, wówczas pamiętać powinien, by operacyą usunął chorobę odrazu i całkowicie zniszczył ognisko zakażenia. Zostawiając zakażoną macicę w jamie miednicy, zostawiamy tem samem źródło, z którego mogą następnie powstawać najrozmaitsze przykre i bolesne przypadłości. Tu i tam nie ma lekarz możliwości leczyć i wyleczyć nawroty przez późniejsze spokojne długotrwałe pozostawanie pacyentki w łóżku.

Nie zapominajmy nadto, że omawiane chore wskutek złych warunków materyalnych, wskutek ciężkiej pracy fizycznej, wskutek troski codziennej są zwykle źle odżywione i mało stosunkowo odporne. Im prędzej w tych razach chorą wyleczymy, tem łatwiej obronimy ją od coraz większego upadku sił. Metodą najprędszą, możliwie najwcześniejszą i najpewniejszą jest dla takiej pacyentki całkowite wyjęcie schorzałych przydatków przez pochwę. Schauta we Wiedniu, dzięki dużym zestawieniom statystycznym, znalazł, że operacye pochwowe dają 4% śmiertelności i 85% stałych wyników pomyślnych, i dla tego też wysoko ceni operacyę przez pochwę, gdyż daje ona oprócz większej pewności lepsze wyniki stałe. Zresztą liczby śmiertelności po operacyach w różnych klinikach są podawane rozmaite, przez co niezmiernie utrudnia się odpowiedź na pytanie, która metoda operacyjna pod względem niebezpieczeństwa zasługuje na pierwszeństwo. Co do mnie, zdaje mi się, że przedewszystkiem należy mieć na uwadze wyżej wzmiankowane względy socyalne, które dotąd, niestety, zbyt mało bywają brane w rachubę. Jest tedy rzeczą pierwszej wagi o ile możności z góry zapobiedz przykrym skutkom następczym po wykonanej operacyi. Sądzę, że takiemu rozumowaniu nie oprze się nawet operator, który jest wielkim zwolennikiem cięcia brzusznego.

Postępując według takich, wyżej wyłuszczonych, względów u 73 kobiet, które chorowały na przewlekłe zajęcia przydatków, zrobiłem wskazanie do doszczętnego wyjęcia przydatków przez pochwę i tak też operowałem. Z tej dużej stosunkowo liczby operowanych zmarła tylko jedna, i mianowicie wskutek następczego, pooperacyjnego porażenia kiszek. Zakażenie otrzewnej było zupełnie świeże i ledwo na sekcyi dostrzegalne. Gdybym ten przypadek policzył na karb bezpo-

średnich następstw operacyi, to mimo to nie wynosiłaby śmiertelność po moich pochwowych operacyach przydatków macicy, rzeżączką dotkniętych, ponad 1½ procent.

U tych 73 pochwowo operowanych kobiet w 18 przypadkach macicy nie wyjąłem, natomiast przydatki zawsze wyjmowałem obustronnie. Zauważyłem przytem, że po usunięciu i macicy wyleczenie było zawsze gładkie, i wolne od blizn. Zdolność do pracy uzyskiwały operowane w ciągu 6 — 8 tygodni po dokonanym zabiegu. Przypadki te umyślnie spostrzegałem przez długi okres czasu. Tylko 5 kobiet uskarżało się później na bóle, które były powodowane przez wysięki i blizny. Te wysięki po leczeniu tamponowaniem i po płukaniu roztworem jodu ulegały wchłonięciu, blizny stawały się delikatniejsze. Stałą zdolność do pracy odzyskało więc 67 z 73 przypadków. Jedna umarła. Pozostałe 5 kobiet po krótkiem leczeniu pooperacyjnem były również zdolne do ciężkiej pracy.

Operacya sama, z wyjątkiem jednego przypadku, była wykonywana typowo W owym jednym przypadku przydatki prawostronne były silnie zrośnięte zapalnie z tkanką okołomaciczną tak dalece, że było wprost niemożliwe po usunięciu macicy i lewostronnych przydatków wyjąć również i przydatki po prawej stronie leżące a tak mocno z tkanką okołomaciczną zrośnięte. Musiałem zastosować u operowanej sączkowanie, a później przepłukiwania i tamponowanie. Po 8 tygodniach była kobieta zupełnie zdolna do pracy a pozostałe po operacyi przydatki wyczuwałem później jako cienki, bezbolesny postronek.

W tych 5 przypadkach, w których chodziło o młode kobiety i u których części jajnika pozostały w małej miednicy, znalazłem potem nacieki i bolesne blizny. Były to owe 5 przypadków, które dopiero po wyżej wzmiankowanem leczeniu pooperacyjnem zdolne były do pracy.

To też, być może, nie zadaleko pójdę w twierdzeniu, że w zapalnych zachorzeniach przydatków nawet w stanie przewlekłym jedynie doszczętne wyjęcie przydatków daje najlepsze wyniki.

W 23 przypadkach używałem pochwowego sączkowania i nie widziałem stąd złych następstw. Zdaje mi się atoli, że sączkowania jako takiego powinniśmy coraz więcej unikać,

gdyż często nawet po przedostaniu się do pola operacyjnego ropy bywa wyleczenie i bez sączkowania gładkie i zupełne. Często było sączkowanie powodem podniesienia się ciepłoty i podmiotowego niedomagania, tak że postanowiłem odtąd tylko w wyjątkowych razach wykonywać sączkowanie. Wogóle biorąc, był okres pooperacyjny zawsze bardzo znośny. Wiatry odchodziły zwykle drugiego dnia, kał 4 lub 5 dnia, a o porażeniu jelit naogół mowy nie było. Pacyentkom zezwalałem już w końcu pierwszego tygodnia kłaść się na bok, przy końcu 2 tygodnia mogły podnosić się w łóżku, a 20 dnia zwykle wstawały. Jakkolwiek jestem zasadniczo zwolennikiem wczesnego wstawania pacyentek po operacyach, niezupełnie stosuje się do tego po operacych zapalnych przydatków macicy. Wszakże tutaj powstają nieraz obszerne powierzchnie rany, które dłuższego potrzebują czasu, aby się odpowiednio pozrastać i zagoić. Nadto mieć należy wzgląd i na możność wytworzenia się przepukliny jelitowej przez pochwę.

W 21 przypadkach ciepłota podniosła się do 38,3, w tem było 17 przypadków sączkowanych, 15 razy zwyżkę ciepłoty tłomaczyłem sobie zapaleniem pooperacyjnem pęcherza moczowego. Tylko w 2 przypadkach wynosiła ciepłota 39°C, do tych przypadków zaliczam także owo jedno wyżej wzmiankowane zejście śmiertelne. Spożywanie pokarmu i napojów po operacyi odbywało się prawidłowo, mam nawet wrażenie, że było lepsze, niż po cięciach brzusznych. Nie zauważyłem też żadnych nieprawidłowości ze strony serca i płuc, czego po cięciach brzusznych tak kategorycznie powiedzieć nie można. W jednym tylko przypadku zauważyłem długo trwające wymioty. W żadnym przypadku nie nadwerężyłem ani jelit, ani pęcherza moczowego. Dostęp do jamy otrzewnej miałem w operacyach moich zawsze dogodny. W 15 razach zauważyłem lekkie zaburzenia ze strony pęcherza moczowego, ale liczba ta jest stosunkowo niewielka w porównaniu do tej, jaka widuje się po trudniejszych laparotomiach. Odbyt w jednym przypadku przez niedopatrzenie obraziłem. Wytworzyła się mała przetoka odbytniczo-pochwowa, która choć powoli ale samoistnie zagoiła się.

Siły po operacyi odzyskiwały pacyentki dziwnie prędko, to też rękoczyn operacyjny może być uważany jako przejście

dla chorej wprost drobne. Bólów po operacyi prawie nigdy nie zauważyłem, czego o zabiegach brzusznych żadną miarą powiedzieć nie można.

Oddawanie moczu po operacyi było dobre zapewne dla tego, że nakazuję chorej już kilka dni przed operacyą przyzwyczajać się do oddawania moczu w położeniu leżącem. Ropnego zapalenia pęcherza moczowego nigdy po oparacyach nie miałem, spostrzegając najmniejsze zaburzenie pęcherza natychmiast robię przepłukiwania tegoż roztworem boru i garbnika.

Co się tyczy objawów, pochodzących z braku jajników po operacyi, to nie zapatruję się na nie zbyt groźnie. I tutaj odgrywa ważną rolę wzgląd socyalny. Kobiety, zmuszone ciężko pracować, rzadko uskarżały się na te objawy. Jest to więcej objaw warstw zamożniejszych. W 11 przypadkach objawów tego rodzaju, niezbyt atoli silnych, wystarczało dać chorej soli marienbadzkiej i odnośne pożywienie, aby doprowadzić chorą do stanu prawidłowego.

Oto wynik wykonanych przezemnie operacyi wyjęcia zapalnych przydatków przez pochwę. Sądzę, że mogę być z nich zadowolony tem więcej, że małego było znaczenia, czy ropa dostała się do jamy otrzewnej, czy też guzy przydatkowe wyłuszczyłem w całości bez ich nadwerężenia. Ale o jednem pamiętać należy. Jama otrzewnej winna być dobrze muślinem ochroniona i każda kropelka ropy skrzętnie usunięta. Nawet te zwykle tak groźne ropnie jajnikowe nie oddziaływały niekorzystnie na przebieg pooperacyjny.

Przyznać każdy musi, że z chwilą otwarcia jamy otrzewnej cięciem brzusznem o wiele dokładniej i lepiej przekonać się można o stanie przydatków i ich stosunku do jelit. To też w wielu innych przypadkach uciekałem się do cięcia brzusznego w zapalnych zachorzeniach przydatków, jeżeli chodziło o wykazanie połączeń pętli jelitowych z przydatkami. Ale zaznaczam wyraźnie, że zrosty przydatków z jelitem nie są przeciwwskazaniem koniecznem do operacyi pochwowej, gdyż i przez pochwę przy odpowiednio wyrobionej technice nie trudno jest delikatnie oddzielić odbytnicę od przydatków. Są operatorzy, którzy twierdzą, że sprawa takiego oddzielania jest rzeczą nader ryzykowną, gdyż można skaleczyć jelita podczas oddzielania. Nie podzielam tego przekonania, gdyż mam na zasa-

dzie 73 własnych przypadków dowód, że operując ostrożnie, można odłuszczając nie nadwerężyć ściany jelit; raz tylko jedyny nastąpiło w moich przypadkach obrażenie kiszki odchodowej tuż przy ścianie pochwy. Zreszta w arcyrzadkich wypadkach, w których w czasie operacyi mimo ostrożności nastąpiłoby obrażenie jelit, możnaby natychmiast wykonać i cięcie brzucha. Jest to jednak rzecz zgoła rzadka, skoro w moich 73 przypadkach taka ewentualność ani razu nie okazała się potrzebną. To też mając na uwadze, że są zaiste nader rzadkie przypadki niemożliwości oddzielenia pętli jelitowej od przydatków, nie uważam za rzecz potrzebną w każdym przypadku otwierać jamę brzuszną przez laparotomię. Napotkane delikatne lub grube zlepy kiszek z przydatkami można, jak to już zauważyłem, prawie zawsze na drodze pochwowej oddzielić w wystarczający i dokładny sposób.

Jak stoi sprawa z obrażeniami moczowodów? Piśmiennictwo wspomina o obrażeniu ich zarówno w operowaniu dołem jak i od strony brzucha, ale można widzieć z odnośnych przypadków, że głównym powodem takich obrażeń był brak odpowiedniej ostrożności. Operując drogą pochwową, można moczowody bardzo dokładnie i wygodnie z pola operacyjnego odsunąć, należy tylko mieć zawsze na uwadze, aby zaraz na początku operacyi po otwarciu przedniego sklepienia pęcherz moczowy szeroko i wysoko w górę odsunąć i w czasie operowania przy pomocy odpowiednich wzierników utrzymywać pęcherz tuż przy spojeniu kości łonowych. Używam w tym celu odpowiednio zrobione trzymadła pęcherzowe, mające wygląd zwyczajnych, gładkich wzierników, które przy końcach są zgięte okrągławo. Tak postępując i po rzeczywiście zupełnem odłuszczeniu pęcherza, a mianowicie bocznych jego części jest obrażenie moczowodów rzeczą wprost niemożliwą. Prawda, że w 1 moim przypadku został moczowód obrażony i pozostała jednostronna przetoka moczowodowa, ale obrażenie to powstało z winy niedość wyrobionego asystującego mi młodszego kolegi. W owym przypadku nitki, któremi była związana przecięta tkanka przymaciczna, pociągnięte za mocno niewprawną ręką niedoświadczonego pomocnika, oderwały się, przyczem tętnica maciczna odnośnej strony zaczęła krwawić. Olbrzymi krwotok ustał dopiero po szerokiem ujęciu przymacicza i na-

łożeniu masowych podwiązek. One to schwyciły także moczowód, który następnie przez obumarcie ściany otworzył się ku pochwie. Tego rodzaju powikłania dadzą się naturalnie uniknąć. Zresztą i w operacyach od strony brzucha zachodziły obrażenia moczowodów, tylko że w tym ostatnim przypadku wynik często przez to staje się gorszym, że moczowód później otwiera się nie ku pochwie, lecz do jamy brzusznej, lub do tkanki podotrzewnej, wywołując zapalenie otrzewnej albo śmiertelną ropowicę.

Że operacya pochwowa nie jest ani niebezpieczna, ani nie sprawia operatorowi trudności nie do zwyciężenia, sądzę, że przytoczone wyżej przypadki moje wyraźnie udowodniają i to nie tylko co się tyczy życia operowanych, ale i możności późniejszej pracy fizycznej. Mimo, że przypadki moje prawie wszystkie powikłane były zlepami i zrostami z tkankami okolicznemi, ani jednej operowanej nie straciłem bezpośrednio w skutek samej operacyi. Śmiertelność bezpośrednia wynosiła więc w moich przypadkach o, choć nieraz bardzo trudne było oddzielenie przydatków od zrostów. Tymczasem wynosi śmiertelność bezpośrednia po usuwaniu zapalnych przydatków przez laparotomię i to w pierwszorzędnych nawet klinikach jeszcze dzisiaj 4—6%! To też nic dziwnego, że z tak głębokiem przekonaniem i z wiarą wielką przemawiam w niniejszym artykule na korzyść metody pochwowej. Dochodzi do tego i to, że okres zdrowienia po operacyi pochwowej jest krótszy i dla chorej znośniejszy, niż po cięciu brzusznem. A przytem zdolność do pracy zazwyczaj jest po takich operacyach większa, niż po laparotomiach, tem większa, jeżeli usuwając przydatki wyjmiemy zarazem macicę, to źródło późniejszych zapaleń i wysięków. Po cięciu brzusznem wchodzi jeszcze w grę możliwość przepuklin brzusznych, które dla kobiety fizycznie pracującej są wprost nieszczęściem. Prawda, że nie wszędzie bywają wyniki tak niekorzystne, jak w klinice Berlińskiej u Olshausena, w której w 10% przypadków po operacyach brzusznych powstają przepukliny w powłokach brzucha, ale bądź jak bądź dla kobiet zmuszonych pracować i pozbawionych możności po operacyi całymi tygodniami spokojnie używać wywczasów, możliwość wytworzenia się przepukliny brzusznej jest wielka, tem więcej

ksza, jeźli w czasie operacyi musiało być zastosowane przez powłoki brzuszne i sączkowanie.

Wobec tego wszystkiego uważam doszczętne wyjęcie pochwowe przydatków i macicy w przewlekłych sprawach zapalnych przydatków za najbardziej odpowiadającą celowi metodę leczniczą, skoroby wykazało się przytem, że po operacyach takich wyniki co do zupełnego wyleczenia są zawsze pomyślne.

Z moich 73 operowanych pochwowo 68 pacyentek bez jakichkolwiek powikłań w 5 - 7 tygodni po operacyi były zupełnie zdolne do ciężkiej pracy fizycznej. Zwracam przy tej sposobności uwagę na okoliczność, która zwykle nie bywa należycie uwzględniana. Oto operowane po 2—3 tygodniowem leżeniu po operacyi nie powinny zaczynać natychmiast ciężko pracować. Raczej ważne i zasadnicze jest żądanie, by po wstaniu z łóżka 3—4 tygodni pozostawały w świeżem powietrzu, by mogły korzystać z dobrego odżywiania, by wykonywały pewne ruchy codzienne, lecz niezbyt natężające. Przez to tak mięśnie, jak tkanka miednicza, mają czas i sposobność wzmocnić się i nabrać potrzebnej do późniejszej pracy odporności. Tak postępując w 5—7 tygodni po operacyi otrzymamy zdolność do pracy zazwyczaj i lepszą i większą, niż po cięciach brzusznych.

Uzdrowiska tedy dla kobiet operowanych, oto rzecz wprost dla każdego społeczeństwa konieczna; uzdrowiska takie dla kobiet po operacyach winny być urządzone przy wszystkich publicznych klinikach i szpitalach.

O przymiotowych zmianach kości płaskich czaszki ze szczególnem uwzględnieniem martwicy rozległej.

podał

ALEKSANDER WERTHEIM.

Do napisania pracy niniejszej zachęciły mnie dwa przypadki, spostrzegane w oddziale ś. p. Władysława Krajewskiego. Przypadki te, zwłaszcza pierwszy, ze względu na niezwykle rozległe zniszczenie kości czaszki, na długotrwały przebieg i mozolne, a jednak wynikiem zupełnie pomyślnym uwieńczone leczenie ze wszech miar godne są uwagi.

Było życzeniem nieodżałowanego ś. p. kierownika mojego, aby opis przypadków poniższych wszedł do naszego piśmiennictwa. Czynię dziś zadość temu życzeniu, składając tem hołd niezapomnianej pamięci Jego.

W pierwszej części pracy mojej podam opis przypadków Krajewskiego, w drugiej—postaram się skreślić obraz kliniczny i zmiany anatomo-patologiczne, spostrzegane w przebiegu przymiotu kości czaszki.

PRZYPADEK I.

L. K. 31-letnia wdowa po urzędniku, przybyła do oddziału Krajewskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie w początku sierpnia 1896 r.

Ojciec chorej zmarł w wieku podeszłym, podobno na zapalenie płuc. Matka umarła wcześniej, kiedy chora miała dwa lata; przyczyny jej śmierci chora nie pamięta. K. w dzieciństwie była zupełnie zdrowa. Pierwszy peryod dostała w 13 roku życia. Za mąż wyszła po raz pierwszy w 19 roku życia. We trzy miesiące po ślubie wystąpiło zapalenie gruczołów chłonnych w lewej pachwinie, gruczoły zropiały i chora musiała poddać się operacyi, po której pozostała bardzo widoczna dotychczas blizna. W jedenaście miesięcy po ślubie urodziło się pierwsze, żywe dziecko, które wszakże wkrótce umarło, jak chora twierdzi „na zęby.“ We dwa lata później

urodziło się drugie dziecko, lecz i to wkrótce zmarło, o ile można wnioskować z opowiadania chorej — na zapalenie opon mózgowych. Nakoniec w piątym roku pożycia małżeńskiego chora powiła syna, który żyje dotychczas, jest zdrów i tylko w siódmym miesiącu życia przechodził jakąś wysypkę na głowie. Pierwszy mąż odumarł chorą w ośm lat po ślubie; jako przyczynę śmierci jego chora podaje suchoty. Już w drugim roku pożycia z pierwszym mężem chora zauważyła jakąś wysypkę na całem ciele, a wkrótce dołączyły się bóle w nogach. Chorą leczono wcieraniem jakiejś maści, której bliżej określić nie umie, i wysyłano przez trzy lata z rzędu do Buska, gdzie ją leczono kąpielami i lekarstwem. Poród więc trzeci przypadł już po przeprowadzeniu leczenia w Busku, i dziecko pozostało przy życiu. Wkrótce, pomimo leczenia w Busku, chora zaczęła doznawać silnych bólów głowy w potylicy, powtarzających się mniej więcej co tydzień i trwających 1—2 dni. W sześć lat po owdowieniu chora ponownie wyszła za mąż, i owdowiała po raz drugi we trzy lata później. Co było przyczyną śmierci drugiego męża, nie wiadomo. Podczas drugiego pożycia małżeńskiego chora raz tylko zaszła w ciążę, lecz wkrótce poroniła.

Na pół roku przed wstąpieniem do szpitala zauważyła cuchnącą wydzielinę z nosa, a w końcu marca 1896 r. wystąpiła ciemno-sina plama na środku czoła i obrzęk prawej powieki górnej. Guza żadnego na czole nigdy jakoby nie było. We dwa tygodnie później na miejscu plamy powstało owrzodzenie, z którego zaczęła wydzielać się w nieznacznej ilości ropa; owrzodzenie to utrzymało się w mierze aż do wstąpienia chorej do szpitala.

Badanie chorej wykazało, co następuje. Wzrost średni, odżywianie mierne, bladość skóry. Narządy wewnętrzne zdrowe, ciepłota ciała prawidłowa. Na czole liczne nierówne blizny — niektóre miedzianego koloru, głównie na kończynach. W lewej pachwinie blizna po przebytem zapaleniu gruczołów chłonnych. Grzebienie obu kości piszczelowych zgrubiałe i nierówne.

Na czole, na linii pośrodkowej, na 3 ctm. powyżej nasady nosa, znajduje się owrzodzenie owalne wielkości czterdziestówki. Podłużny wymiar owalu odpowiada linii pośrodkowej, wynosi około 2½ ctm. Brzegi owrzodzenia nierówne, podminowane, zawinięte. Dno owrzodzenia stanowi obnażona kość czołowa, ciemno-szyfrowego koloru, zresztą gładka. Skóra, stanowiąca bezpośrednio otoczenie owrzodzenia, ciemno-sina, cokolwiek obrzękła. Za naciśnięciem na nią w różnych kierunkach—z pod brzegów owrzodzenia obficie wydziela się ropa. Obie powieki górne, a szczególnie prawa znacznie obrzmiała, tak, iż chora podnosi je z trudnością. Powieki zaczerwienione, fałdy skóry na nich wygładzone; wymacywanie wykrywa wyraźne chełbotanie.

Badanie nosa wykazało obrzmienie śluzówki i obfitą cuchnącą ropną wydzielinę, wypływającą z górnych odcinków jamy nosa. Zgłębnik nigdzie tu nie natrafia na obnażoną kość.

Wypróżnienia prawidłowe, peryody nieobfite, bez bólów, prawidłowe. Łaknienie nieznaczne. Mocz składników nieprawidłowych nie zawiera.

Wobec danych powyższych, a mianowicie: wystąpienia ropnego zapalenia gruczołów wkrótce po ślubie, wysypki, losu dzieci, urodzonych

przed leczeniem swoistem, bólów nocnych w kościach, długotrwałych bólów głowy i cuchnącej wydzieliny z nosa, która bezpośrednio poprzedziła zjawienie się owrzodzenia na czole, rozpoznano przymiotową martwicę kości czołowej.

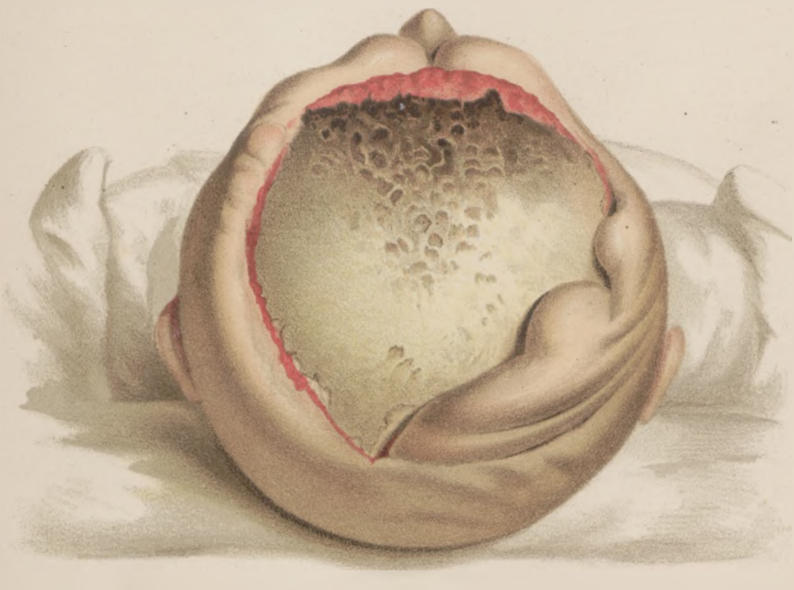
Taki był stan chorej w chwili przyjęcia do szpitala. Zastępujący wówczas nieobecnego Krajewskiego dr. Karczewski dokonał na chorej pierwszej operacyi 6. VIII. 1906 r. Przekonawszy się mianowicie, że wydzielina ropna staje się coraz obfitszą, chora szybko traci siły i, pomimo braku gorączki, ma szybkie tętno, ziemistą cerę i łaknienie nieznaczne, Karczewski postanowił, nie czekając na uruchomienie się martwaka czołowego, powiększyć otwór, istniejący na czole, i dać odpływ nagromadzającej się ropie, zwłaszcza tej, która niewątpliwie wydziela się po za kością zmartwiałą.

W tym celu przez jajowate owrzodzenie na czole poprowadzono cięcie krzyżowe; cięcia mają po 6 ctm. długości, a więc znacznie powiększają istniejący w skórze otwór. Po odwinięciu płatów przekonano się, że na całej przestrzeni, obnażonej przez cięcie, kość czołowa jest zmartwiała. Nadto badanie zgłębnikiem przekonało, że martwica sięga o wiele dalej. Ta ostatnia okoliczność skłoniła do przedłużenia każdego z ramion krzyża o 3 ctm. Gdy jednak i wtedy jeszcze nie odnaleziono brzegów martwaka, gdy nadto próby dłutowania kości przekonały, że część zmartwiała ma bardzo znaczną grubość, że bardzo być może, że uległa martwicy nie tylko blaszka zewnętrzna, lecz prawdopodobnie kość na całej grubości, zaprzestano dłutowania i postanowiono na razie wyczekiwać na oddzielenie się martwaka. W końcu zrobiono nacięcie na obu powiekach górnych i przeprowadzono przez nie sączki. Nadto pod podminowane brzegi otworu na czole wprowadzono paski gazy jodoformowej; całą obnażoną a zmartwiałą kość pokryto również gazą jodoformową; na wszystko nałożono wilgotny opatrunek sublimatowy. Chora zniosła cały zabieg dobrze, nie gorączkuje; w tydzień po operacyi zamiast opatrunku jodoformowego zastosowano codzienne okłady rozgrzewające sublimatowe. Ponieważ zarówno wywiady, jak i ślady, znalezione na ciele, i wygląd samej kości zdawały się niewątpliwie przemawiać na korzyść przymiotowej natury cierpienia, przeto zaraz nazajutrz po zabiegu zastosowano energiczne leczenie swoiste, polegające na codziennem wcieraniu 2 gramów szarej masci i podawaniu K J. do wewnątrz, w nadziei, że tą drogą oddzielenie się martwaka od zdrowej kości przyspieszonem zostanie. Leczenie to chora znosiła dobrze, stan jej ogólny zdawał się nieco poprawiać, lecz sprawa miejscowa nie uległa żadnej zmianie, a nawet pod koniec tego okresu zauważono zatokę ropną, zachodzącą daleko na kość ciemieniową prawą, która to kość również okazała się obnażoną.

W takim stanie zastał chorą Krajewski po powrocie w początku października. Rys. 1 na tablicy przedstawia ją w tym okresie choroby. Z rysunku tego okazuje się, że, wskutek skurczenia się płatów, wytworzonych w następstwie pierwszej operacyi, otwór w częściach miękkich przedstawiał się pod postacią owalu, którego wymiar poprzeczny był nieco większy od podłużnego. Brzegi tego otworu wszędzie podminowane, zawinięte,



2.



Lit. W. Główczewski w Warszawie.

zgłębnik pod nie wprowadzony posuwa się ciągle po obnażonej, szorstkiej kości. Środkowa część zmartwiałej kości czołowej usiana rowkami, pozostałymi po próbach dłutowania podczas pierwszej operacyi. W trzech miejscach przez stosunkowo małe otworki wynurzają się z pod zmartwiałej kości nikłe wysepki ziarniny, a jeżeli wprowadzić zgłębnik pomiędzy brzeg otworu w kości, a taką wysepkę, to z pod kości wydobywa się cienki strumyczek rzadkiej, mocno cuchnącej ropy. Obie powieki wróciły do wyglądu prawidłowego; pod łukami brwiowym i z obu stron tkwią cienkie sączki, z których obficie wydziela się ropa. Do wewnętrznego końca tych sączków można swobodnie dojść palcem od strony otworu na czole, i wtedy przekonywamy się, że prowadzą one do oczodołów pod brzegiem oczodołowym, który również uległ martwicy. Chorej w dalszym ciągu stosowano leczenie swoiste. Gdy jednak zmartwiała kość czołowa bynajmniej nie stawała się ruchomą, postanowiono, wobec ponownie pogarszającego się stanu ogólnego chorej, nie zwlekać dłużej, usunąć zmartwiałe odcinki kości i dać szeroki odpływ nagromadzającej się pod nimi ropie.

W tym celu w d. 27.XI. Krajewski dokonał drugiej operacyi, polegającej, przedewszystkiem, na przedłużeniu cięć już istniejących w kierunku strzałkowym i czołowym z obu stron po za kresę skroniową. Dzięki temu obnażono wszędzie szew wieńcowy i przekonano się, że nie stanowi on granicy zgorzeli, która przechodzi również na kości ciemieniowe. Tymczasem postanowiono jednakże ograniczyć się do usunięcia li tylko kości czołowej, sądząc, że w ten sposób ropa, wytwarzająca się pod kością, otrzyma wystarczający odpływ i że tą drogą uda się wpłynąć dodatnio na ograniczenie postępującej martwicy.

Do wniosku takiego upoważniało poniekąd ogólnie rozpowszechnione zapatrywanie, że w tych razach martwicy ulega cała grubość kości, i że ropienie w głębi odbywa się pomiędzy martwakiem, a oponą twardą. Z dalszego opisu wynika wszakże, że zapatrywanie nie zupełnie było słuszne. To też wynik ostateczny wypadł inaczej, niż tego spodziewano się.

Po oddzieleniu płatów i obnażeniu całej kości czołowej, porobiono za pomocą wywiertnika (trepanu) Doyena szereg otworów, drążących przez całą grubość zmartwiałej kości czołowej w bezpośredniem sąsiedztwie szwu wieńcowego w odległości 1½ ctm. jeden on drugiego. Podczas świdrowania przekonano się, przedewszystkiem, że kość zmartwiała zupełnie nie krwawi; nadto na mniejszej, lub większej głębokości wywiertnik dociera do warstwy ziarniny, jaskrawo odbijającej swą czerwonością od szarozielonawego dna lejka, powstającego w kości wskutek wiercenia wywiertnikiem. Zrobiwszy spostrzeżenie powyższe zaraz po pierwszem świdrowaniu, postanowiono wszędzie docierać aż do pokazania się na dnie lejka — czopa ziarninowego. W ten sposób szeregiem otworów oddzielono całą kość czołową od kości ciemieniowych, o zachowaniu których na razie nic jeszcze stanowczego powiedzieć się nie dało. Następnie pozostawione między otworami odcinki kości przebito dłutem i wtedy za pomocą podważki sprobowano poruszyć z miejsca wielki, zmartwiały kawał kości, leżącej poniżej porobionych otworów. Miłą niespodzianką było, iż martwak dał się istotnie poruszyć, co dowodziło, że dolny jego obwód jest już albo zupełnie

oddzielony od zdrowych kości, lub też znajduje się w słabym tylko z niemi połączeniu. Jednocześnie jednak ruchomość ta dowodziła, że martwica obejmuje nie tylko łuskę czołową, lecz i oba brzegi oczodołowe, wyrostki licowe oraz część stropu oczodołu. Dla tego też, obawiając się zranienia gałek ocznych podczas wydobywania martwaka przez zbyt mały dlań otwór w częściach miękkich, przedłużono wszystkie cięcia i nareszcie udało się pomyślnie martwak w całości usunąć.

Okazało się, iż cała powierzchnia, leżąca pod nim, pokryta jest bladawą ziarniną, że wszędzie prawie pod ziarniną wymacać można cienką warstwę kostną—blaszkę wewnętrzną czaszki, i że tylko w miejscu, odpowiadającem lewemu guzowi czołowemu, istńieje zupełny brak kości tak, że ziarnina pokrywa bezpośrednio twardą oponę mózgową; w tem miejscu widać wyraźnie tętnienie mózgu na przestrzeni mniej więcej rubla srebrnego.

Ponieważ, jak wspominano wyżej, już przed operacyą istniała zatoka w kierunku prawej kości ciemieniowej, rozcięto więc przetokę jeszcze pod koniec tej operacyi. Cięcie, rozpoczynając się na linii pośrodkowej od cięcia, zrobionego dla usunięcia martwaka czołowego, szło nieco na prawo, zależnie od kierunku zatoki. Wówczas, niestety, przekonano się, że obie kości ciemieniowe są pozbawione okostnej, a zatem, prawdopodobnie, zagraża im również martwica. Wskutek dużego wycieńczenia chorej przez znaczne krwawienie, zakończono na tem zabieg powyższy.

Okres pooperacyjny bezgorączkowy Ropienie w dalszym ciągu było bardzo obfite. Już po kilku dniach można było stwierdzić, że w obrębie kości ciemieniowych znajduje się czarny, chropawy martwak w postaci trójkąta. Wierzchołek tego trójkąta znajduje się na kości potylicowej tuż po za zbiegiem szwu węgłowego (lambdoideus) ze strzałkowym, a boki sięgają prawie aż do przednich brzegów kości ciemieniowych. Stopniowo granice martwaka ciemieniowego zaczynają zarysowywać się coraz wyraźniej, ale pomimo tego częściowego odgraniczenia sprawa martwicowa nie przestała posuwać się coraz dalej, ropienie w dalszym ciągu było obfite, tak że w d. 16.I. 1897 wykonano trzecią operacyę.

Cięcie poprowadzono aż do guzowatości potylicowej zewnętrznej. Następnie, odstąpiwszy 3 ctm. od przedniego brzegu zmartwiałej kości, zrobiono cztery otwory wywiertnikiem Doyena, drążąc aż do ziarniny; takie same otwory porobiono na kościach ciemieniowych i części kości potylicowej, połączono je dłutem i znowu usunięto znaczną część zmartwiałej kości. Wówczas okazało się, iż w niektórych miejscach blaszka wewnętrzna pozostała nietknięta, w innych została usunięta cała grubość kości aż do opony twardej, w niektórych miejscach pokrytej, w innych nie pokrytej ziarniną. Płaty skórne za pomocą szwów tymczasowych ściągnięto ponad gazą, pokrywającą ranę.

Podczas opatrunków okazało się, że cały brak pokryty jest blaszką wewnętrzną czaszki (lamina vitrea), z wyjątkiem obu guzów ciemieniowych, gdzie widać tylko tętniącą oponę twardą. Brak szybko zaczął pokrywać się żywą ziarniną, jednakże i tym razem sprawa jeszcze nie ograniczyła się, przechodząc na łuski skroniowe i kość potylicową. Wkrótce na obu łuskach skroniowych zjawiły się ciągnące w kierunku strzałkowym bróżdki,

usiane miejscami ziarniną i oddzielające zmartwiałe odcinki od części zdrowych.

Operacyi, czwartej z rzędu, mającej na celu ostateczne usunięcie martwych części, dokonano 11 marca 1907 roku. Podczas tego zabiegu przekonano się, że martwicy uległy, oprócz usuniętej kości czołowej i obu ciemieniowych, obie łuski kości skroniowych i część kości potylicowej, bezpośrednio przytykające do kości ciemieniowych. To zmusiło dołączyć do cięć, już istniejących, jeszcze jedno cięcie w kierunku prawego ucha. W ten sposób wszystkie części miękkie, pokrywające sklepienie czaszki, zostały rozdzielone na pięć wielkich płatów: dwa czołowe, dwa skroniowe



Rys. 1.



Rys. 2.

i jeden potylicowy. Brak ogólny kości, po usunięciu ostatnich martwaków, wynosił 23 ctm. w wymiarze strzałkowym, i 19½ w czołowym. Podczas oddzielania łusk skroniowych, w kilku miejscach wraz z martwakiem została usunięta nietylko ziarnina, lecz i blaszka wewnętrzna, tak, iż opona twarda została obnażona.

Po upływie kilku tygodni brak kostny widocznie zmniejszył się, dzięki temu, że skóra częściowo przyrosła do brzegów kości zdrowej. W dniu 24 kwietnia wymiary braku wynosiły już 20×17,5 ctm. (Rys 1 i 2). W początku maja stwierdzono, że ropienie całkowicie ustało, stan ogólny chorej był wyborny, martwica stanowczo przestała posuwać się dalej. Wobec tego postanowiono przystąpić do operacyi wytwórczej, celem choćby częściowego pokrycia braku i rozprostowania płatów skórnych, pokurczonych w wysokim stopniu.

Tej piątej operacyi dokonano 22 maja 1897 roku. Przedewszystkiem podminowano i oddzielono lewostronny płat czołowy i obcięto pasek bli-

zny, który pozostał przy kości. W ten sam sposób postąpiono z płatami ciemieniowymi. Brzegi tych dwóch płatów, zwrócone ku sobie, obrównano, następnie wyskrobano ziarninę, znajdującą się pod obu płatami. Wspomniane wyżej obrównane brzegi płatów skórnych połączono szeregiem szwów węzełkowych jedwabnych. Następnie podminowano płat skórny potylicowy i, po wyskrobaniu z pod niego ziarniny, obrównano brzegi i połączono je z odpowiednimi brzegami płata ciemieniowego. U dołu, w okolicy kości potylicowej, zrobiono w skórze cięcie, przez które wprowadzono sączek pod płat potylicowy. Zszyte ze sobą płaty, w celu przymocowania ich na miejscu połączono dwiema nitkami z takimiż płatami drugostronnymi,



Rys. 3.



Rys. 4.

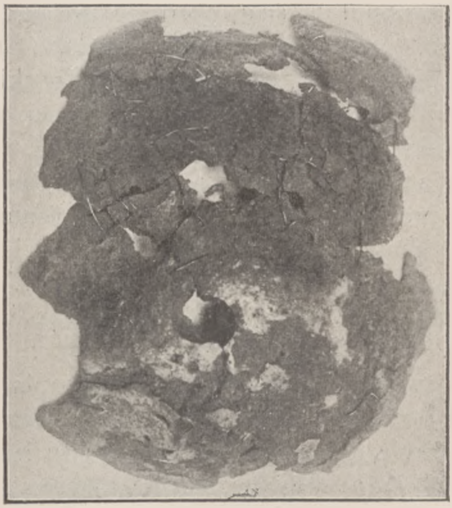
a pod te nitki prowizoryczne podsunięto paski gazy jodoformowej. Podczas operacyi chora straciła dość dużo krwi i dlatego całkowitą plastykę odłożono na drugi raz. Wszystkie szwy usunięto 29 maja. Rychłozrost. Płaty doskonale trzymają się na miejscu. Drugiej operacyi wytwórczej, a zarazem szóstej i ostatniej, dokonano 19 czerwca, i otrzymano wynik zupełnie dobry. Po środku sklepienia czaszki pozostał jeszcze niewielki brak w skórze, której nie starczyło dla zupełnego pokrycia braku. Ten ostatni ma kształt czworoboku 4×5 ctm. i jest pokryty zdrową ziarniną. Brak ten dopiero w roku 1898 pokryto płatami Thierscha, poczem chora zagoiła się całkowicie, i wówczas Krajewski przedstawił ja na posiedzeniu W. T. L. w d. 15 lutego 1898 r.

Kształt czaszki uległ pewnej zmianie, ponieważ czoło i obie kości ciemieniowe zbiegły się nieco skośnie; pomimo to ostateczny wynik, nawet pod względem kosmetycznym, nie pozostawiał nic do życzenia (p. rys. 3 i 4).

Chora przedstawiła mi się ponownie po upływie lat 10, mianowicie

2.X. 1907 r Wygląd chorej dobry, bólów głowy nie ma. Niekiedy tylko doznaje bólów w powiekach. W obrębie guza czołowego lewego widać tętnienie. W miejscu tem brak blaszki kostnej na przestrzeni około 6 ctm. kwadratowych. Pozatem blizny wszędzie mocne. Reszta czaszki wszędzie pokryta twardą kością. Chora nosi perukę, która w znacznej części ukrywa blizny pooperacyjne.

Rozejrzyjmy się teraz w preparacie, otrzymanym z szeregu zabiegów, opisanych wyżej.



Rys. 5.

Posiadamy jedenaście zdrutowanych martwaków (p. rys. 5), odpowiadających prawie całemu brakowi (17×15 ctm.).

Wielkość martwaków jest bardzo rozmaita: długość największego z nich, pochodzącego z prawej kości ciemieniowej, wynosi przeszło 10 ctm., wymiar poprzeczny w najwęższem miejscu—6,5, grubość dochodzi do 1,5 ctm. Średnica najmniejszego martwaka nie przenosi 2 ctm. Na górnej powierzchni największego martwaka widzimy resztki blaszki zewnętrznej, a mianowicie dwa większe jej kawałki pokrywają boczne części martwaka, a kilka mniejszych — środkową. Powierzchnia tych tabliczek kostnych bocznych jest gładka, dość gęsto usiana prawidłowemi dziureczkami, widzialnemi nawet nieuzbrojo-

nem okiem. W miarę zbliżania się tych bocznych płytek ku części środkowej martwaka, powierzchnia ich staje się chropowatą, a brzegi jej zazębione i podminowane. Część środkowa martwaka posiada kilka mniejszych wysepek blaszki zewnętrznej, gdzieniegdzie o gładkiej jeszcze powierzchni, lecz wszędzie o brzegach podminowanych i zazębionych. Reszta części środkowej jest pozbawiona blaszki zewnętrznej. Obwód otworów opisanych usiany delikatnemi naroślami kostnemi. Wszystko to, razem wzięte, stanowi powierzchnię, rzucającą się w oczy swą nieprawidłowością, chropowatością i sprawiającą wrażenie drzewa, stoczonego przez robactwo. Dolna powierzchnia martwaka jest całkiem pozbawiona blaszki wewnętrznej, chropawa, i posiada szereg rozmaitej wielkości wydrążeń, otoczonych delikatnemi wyroślami kostnemi.

Inne martwaki zachowały na sobie całą płytkę zewnętrzną z wyjątkiem tych, które przylegają do opisanego martwaka ciemieniowego. Powierzchnia zewnętrzna niektórych z nich jest ciemna, jak gdyby uczerniona węglem. Wewnętrzna powierzchnia wszystkich bez wyjątku martwaków nie posiada blaszki szklistej.

Do jakich wniosków upoważnia nas opis zmian powyższych? Na obu powierzchniach martwaka widzimy wydrążenia, będące, niewątpliwie, następstwem bujania tu ziarniny. Jak wynika z opisu przebiegu choroby, brzegi martwaka ciemieniowego po części zostały oddzielone od kości zdrowej przez ziarninę, przedostającą się z pod niego na powierzchnię. Ziarnina ta, przedostając się na zewnątrz, wywołała opisane braki w blaszce zewnętrznej martwaka ciemieniowego i dlatego na powierzchni innych martwaków, nie pochodzących z kości ciemieniowej, dokąd ziarnina z pod martwaka nie docierała, blaszka zewnętrzna zachowana została w całości.

Brak blaszki wewnętrznej na wewnętrznej powierzchni martwaków, w połączeniu z okolicznością, że po usunięciu martwaków braki prawie wszędzie pokryte były na dnie cienką blaszką kostną—skłaniają nas do przypuszczenia, że sprawa zasadnicza, t. j. tworzenie się ziarniny, umiejscowiona była w środkościu.

Co się tyczy charakteru sprawy chorobowej, to w tym kierunku pewnych danych dostarczyć nam może badanie mi-

kroskopowe, wykonane w swoim czasie przez kol. Zajączkowskiego.

Do zbadania wzięto taki kawałek wyciętej kości, gdzie ziarnina oddzielała część już martwą od kości jeszcze żywej, ale uległej już zmianom chorobowym. Cięcia mikrotomem prowadzono w kierunku pionowym tak, że na skrawku otrzymano wszystkie trzy warstwy kości.

Warstwa najwyższa przedstawia tkankę kostną już martwą, pozbawioną części miękkich. Tutaj uwagę naszą zwracają na siebie, przedewszystkiem, rozmaitej wielkości i kształtu otwory w masie kostnej. Otwory te są zupełnie puste, brzegi ich nieprawidłowe. Na miejscu komórek kostnych zostały podłużno-gwiazdowate przestrzenie puste, jak to widać na skrawkach kości suchych nieodwapnionych.

Pod tą kością martwą znajduje się warstwa ziarniny. Ta ostatnia nie przedstawia nic szczególnego i składa się z młodych komórek, przeważnie okrągłych, rzadko olbrzymich, o kilku jądrach w środku ciała komórki. Tę warstwę tu i owdzie przebiegają w rozmaitych kierunkach naczynia włoskowate. Nigdzie nie widać zserowacenia ziarniny.

W warstwie najniższej, leżącej pod ziarniną, rozróżniamy część powierzchowną, przylegającą do ziarniny i część głęboką. Badanie części powierzchownej wykazuje obecność zagłębień nieprawidłowych, w które wrasta ziarnina wraz z naczyniami. W niektórych miejscach widać, że ziarnina ta otacza oddzielne wysepki masy kostnej, oderwane od swego podłoża. Brzegi zarówno wysepek tych, jak i samej kości otoczone są komórkami wielojądrowemi, tworzącemi miejscami kilka warstw. W komórkach tych łatwo poznajemy komórki kościogubne (osteoklasty), tkwiące w zatokach Howshipa. Mamy więc przed sobą sprawę rozrzedzającą, czyli t. z. zrzeszotnienie kości (osteoporosis). Ta sama sprawa odbywa się i w częściach głębszych, lecz prócz tego, widzimy miejscami przekształcenie tkanki ziarninowej w łączną. Przekształcenie to dosięga w rozmaitych miejscach skrawka rozmaitego natężenia. Gdzieniegdzie widzimy nadto znaczne zgrubienie ścian naczyń krwionośnych. Streszczając powyższą historyę choroby, widzimy, że chora przybyła do szpitala już z martwicą kości czołowej, co do której niewiadomo, czy poprzedził ją kilak okostny. Stopniowo

martwica obejmowała coraz to nowe okolice, niszcząc przeważnie zewnętrzną blaszkę kostną, z wyjątkiem guzów czołowego lewego i obu ciemieniowych, gdzie dotknęła całą grubość kości. A zatem odgraniczenie (demarkatio), t. j. wytwarzanie się ziarniny, odbywało się przeważnie w środkościu, idąc niepowstrzymanie w kierunku poziomym. Jakkolwiek badanie mikroskopowe martwaków dowodzi, że ziarnina częstokroć znajdywała się także na ich powierzchni, powodując zniszczenie blaszki zewnętrznej, to jednak widzieliśmy, że i ta ziarnina przedostała się na zewnątrz ze środkościa.

Dalej nasuwa się pytanie, czy ziarnina sama przedstawia sobą kilak? Aczkolwiek nigdzie zserowacenia nie stwierdzono, to jednakże okoliczność, że chora cierpiała na przymiot, i że martwica głównie dotyczyła blaszki zewnętrznej, wreszcie znaczne zgrubienie ściany naczyń krwionośnych oraz niezmiernie energiczne wrastanie ziarniny w warstwę kostną — wszystko to przemawia na korzyść przypuszczenia, że pierwotnym powodem sprawy był przymiot.

Zobaczymy niżej, że zmiany, bardzo zbliżone do powyższych, daje martwica kości czaszki, niezależna od spraw swoistych, i dlatego, wziąwszy pod uwagę niektóre dane z wywiadów, jak np. cuchnącą wydzielinę z nosa, brak wyraźnego kilaka okostnego,—należy w danym przypadku pozostawić nierozstrzygniętem pytanie, czy powodem dalszych zmian, a zwłaszcza tak rozległej martwicy był wyłącznie przymiot, czy też te warunki anatomiczne i chorobowe, które, jak zobaczymy niżej, same przez się mogą doprowadzić do tak rozległego zniszczenia kości.

W kości chorej mamy w przypadku naszym do czynienia z dwoma okresami zapalenia: zrzeszotnieniem i stwardnieniem (osteosclerosis) kości, z których każda jest skutkiem i zarazem dalszą przyczyną martwicy. W ten tylko sposób, t. j. dzięki postępującemu stwardnieniu i stopniowemu zanikowi naczyń odżywczych dojść mogło do tak rozległej martwicy.

* *
*

Drugi przypadek, pod wielu względami zbliżony do pierwszego, różni się od niego brakiem jakichkolwiek danych, które pozwoliłyby wnioskować, że chora z pewnością prze-

chodziła przymiot. Niestety, dane odnoszące się do niego, nie były tak skrzętnie notowane, jak w przypadku pierwszym i dla tego w części klinicznej powoływać się będziemy przeważnie na przypadek pierwszy.

PRZYPADEK II.

K. E. lat 30, nie zamężna, przybyła do oddziału 4 maja 1900 r. Chora została osierocona w 6 roku życia, zatem chorób i przyczyny śmierci rodziców nie zna. Braci i sióstr nie ma, i nie wie, czy ich kiedykolwiek miała. Wogóle sprawa dziedziczności pozostaje niewyjaśniona. Mając 6 lat, chorowała na ospę, dzięki czemu straciła prawe oko. Pozatem była zupełnie zdrowa, nigdy nie miała objawów zołzów, wysypek, owrzodzeń aż do czasu choroby obecnej. Prawie od dzieciństwa aż do chwili obecnej chora trudniła się służbą domową na wsi. Przyczynę choroby swojej upatruje w przeziębieniu, które miało miejsce przed 11 laty podczas prania bielizny w zimnej wodzie. Wówczas wystąpiły mocne bóle w goleniach i przedramionach, tak że chora nawet była zmuszona pewien czas przeleżeć w łóżku, w nocy bóle zawsze się jakoby zwiększały. Czy wtedy gorączkowała, nie pamięta. Bóle te, zwłaszcza w goleniach, trwały prawie dwa lata, poczem ustały bez leczenia.

Przed dwoma laty bez widocznej przyczyny na przedniej powierzchni lewej goleni zjawił się błękitny, niewielki, dość bolesny guz, który otworzył się i zaczął wydzielać ropę. Od czasu do czasu guz pokrywał się żółtym strupem; po zdarciu strupa ropa wydzielała się ponownie. Wówczas chorą leczono wcieraniami maści szarej i jodkiem potasu. Prawie jednocześnie zaczęły pokazywać się guzy na lewem udzie i kończynie prawej. Tu wszystkie owrzodzenia po upływie ½ roku zabliźniły się. Mniej więcej przed rokiem takie same guzy, jak na kończynach, wytworzyły się na okolicy czołowej w liczbie trzech i wkrótce otworzyły się, wydzielając rzadką ropę. Te ostatnie owrzodzenia nie goiły się wcale, natomiast wraz z ropą dwukrotnie wyszły z nich martwaki kostne. Chora stosunków płciowych nigdy nie miała, powiada, że ostatnimi czasy znacznie schudła, być może dzięki temu, że bóle głowy nie pozwalały jej jeść i spać.

Chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiana miernie. Skóra sucha, cera bladawa, z odcieniem ziemistym. Na skórze tułowia brak wysypek i owrzodzeń. Na przedniej powierzchni lewej goleni na tle ciemno-brunatnem znajduje się nieprawidłowego kształtu owrzodzenie wielkości rubla srebrnego, pokryte żółtym strupem. Na przedniej powierzchni lewego stawu kolanowego, znajdują się trzy rozmaitej wielkości blizny o kształcie gwiaździstym i zabarwieniu czerwonawo-błękitnem. Takie same dwie blizny, lecz nieco bielsze znajdujemy na bocznej powierzchni lewego uda. Powierzchnia boczna prawej goleni posiada trzy blizny, podobne do blizn goleni lewej. Nadto—duża blizna na udzie prawem, jedna na prawym łokciu, dwie na skórze ramienia prawego i dwie na przedramieniu.

Podczas badania głowy, przedewszystkiem, prócz utraty prawego oka, zwracają na siebie uwagę braki skóry, pokrywającej kość czołową.

Mianowicie prawie zupełnie symetrycznie na obu stronach odpowiednio do guzów czołowych, nieco powyżej ich, znajdują się dwa braki skóry niejednakowej wielkości. Prawostronny—wielkości półrublówki, lewostronny prawie o połowę mniejszy. Dno braków tych stanowi obnażona, chropawa kość ciemno-szyfrowego koloru, brzegi podminowane, nierówne. Prócz tego tuż ponad lewą brwią, nieco bliżej nasady nosa, znajduje się trzeci podłużgowaty brak skóry o brzegach nierównych, podminowanych. W tem miejscu zgłębnik natrafia na obnażoną kość i drąży ku dołowi i nieco na wewnątrz do kości nosowej na głębokość około 2 ctm. Z otworu tego wydziela się bardzo rzadka blado-żółta ropa.

Źrenica lewego, pozostałego oka zwęża się na światło, kształt nosa nie zmieniony, drożność jego kanałów zachowana. Wypływu z uszu nie ma, słuch dobrze zachowany, język czysty.

Na podniebieniu twardem braków nie ma, miękkie nieco zaczerwienione. Narządy szyi, jamy piersiowej i brzucha zdrowe. Stan bezgorączkowy. Wobec tego, że zalecane zażywanie jodu pozostało bez skutku, przystąpiono w d. 21 maja do zabiegu.

Usunięto zmartwiałe części kości, a za pomocą wywiertnika Doyena i dłuta otwarto zatokę czołową, z lewej strony znacznie rozszerzoną, i wyłyżeczkowano jej ścianę. Prócz tego, po za obrębem widocznej martwicy przewiercono w zgrubiałej kości czołowej 11 otworów Otwory te wiercono aż do ukazania się krwawienia z środkościa — a to w tym celu, aby zabezpieczyć się od dalszych postępów martwicy dzięki zamknięciu naczyń w zgrubiałej kości. Ranę wypełniono gazą jodoformową.

Po upływie tygodnia rany zaczęły ziarninować, ale bóle głowy nie ustają; po miesiącu bóle głowy zmniejszyły się nieco. Jednakże później wystąpiły ponownie, zwłaszcza w okolicy prawej połowy kości czołowej tak, że w d. 3 listopada na obwodzie rany z prawej strony w miejscu największego stwardnienia kości wywiercono trzy otwory aż do środkościa. Rana na czole stopniowo zaczyna dobrze ziarninować i zmniejszać się. W dniu 17/II wykonano operacyę wytwórczą, celem częściowego pokrycia skórą rany na czole. Sączki wyprowadzono przez nos. Przebieg pooperacyjny dość gładki. Płaty skórne nasunięte na ranę przyrosły dobrze. W czerwcu chora opuściła szpital z raną prawidłowo gojącą się.

Po upływie siedmiu lat, w r. 1908 chora przedstawiła się znowu. Brak dawny pokrywa mocna blizna. Chora przywiozła ze sobą roczne, zupełnie zdrowe dziecko.

Przypadek powyższy należy do rzędu tych, w których etyologia martwicy czaszki do jasnych nie należy. Pewnych danych co do przymiotu historya choroby nie dostarcza; przeciwnie zarówno ujemny wynik leczenia swoistego, jak i wywiady oraz okoliczności, że chora w kilka lat później urodziła zdrowe dziecko mogą poważnie zachwiać takie przypuszczenie. Natomiast ropienie w zatoce czołowej już prędzej uważaćby można za punkt wyjścia całej sprawy.

Piśmiennictwo zajmującego nas przedmiotu, a zwłaszcza kazuistyka—nie jest zbyt obfita. Tutaj starałem się uwzględnić przeważnie te tylko prace, które mogą rzucić pewne światło na przyczynę i powstawanie rozległej martwicy kości czaszki.

U nas ta sprawa dotychczas nie była przedmiotem rozprawy obszerniejszej. Oprócz przypadku przedstawionego w W. T. L. przez Krajewskiego, o ile mi wiadomo, jeden tylko Karczewski przedstawił odnośny, dokładnie spostrzegany przypadek.

Zanim przejdę do części klinicznej pracy mojej, pozwolę sobie podać na tem miejscu opis przypadku Karczewskiego na podstawie sprawozdania z posiedzenia chirurgicznego W. T. L. z d. 10/XII 1907.

Przedstawiona została 36 letnia kobieta, u której po operacyi, wykonanej z powodu martwicy kości czaszki, pozostały długie linijne blizny, krzyżujące się na szczycie czaszki, kilka pokrytych różową ziarniną powierzchownych owrzodzeń, z których największe położone jest w okolicy przedniego brzegu lewej kości ciemieniowej, wreszcie dwa leżące symetrycznie w okolicy guzów ciemieniowych zagłębienia wielkości rubla srebrnego, tętniące wyraźnie. Chora ta pochodzi z rodziny zdrowej; w 19 roku życia wyszła zamąż i w ciągu lat 8 urodziła 5-ro dzieci, z których dwoje przyszło na świat nieżywe, dwoje wkrótce po urodzeniu umarło, jedno pozostaje przy życiu.

W grudniu 1906 chora zaczęła doznawać bólu w lewej kończynie górnej. Jednocześnie zjawiły się bóle głowy. W marcu 1907 na czaszce zaczęły tworzyć się miękkie wyniosłości, które kolejno otwierały się; z otworów zaczęła sączyć się płynna ropa. Chora zapisała się do szpitala w Lublinie, ale została po miesiącu wypisana z zaleceniem zażywania jodku potasu. Pomimo to stan jej nie ulegał poprawie, tak, że we wrześniu 1907 chora wstąpiła do szpitala Dzieciątka Jezus.

Chora odżywiana nędznie, cery bladej. Na owłosionej powierzchni czaszki znajdują się cztery owrzodzenia: dwa wielkości czworaków miedzianych w okolicy kości czołowej, jedno wielkości rubla srebrnego w okolicy brzegu przedniego lewej kości ciemieniowej i jedno wielkości szóstaka miedzianego na szczycie czaszki. Owrzodzenia te mają brzegi cienkie, podminowane, dno pokryte bladą ziarniną. Z pod brzegów wystają

nieruchome, cienkie blaszki kostne. Na potylicy znajdują się dwie miękkie wyniosłości wielkości śliwki, wyraźnie chełbocące. W okolicy lewego barku owrzodzenie nieprawidłowego kształtu, otoczone sinawą, bliznowatą obwódką. Brzeg wątroby twardy, zaokrąglony, wystaje z pod łuka żebrowego. Na zasadzie danych powyższych rozpoznano przymiot nabyty, który doprowadził do martwicy kości czaszki i przerostu wątroby.

Na razie ograniczono się do otwarcia ropni, umiejscowionych na potylicy i do podania chorej jodku potasu. W ciągu kilku tygodni owrzodzenie na barku znacznie podgoiło się, wątroba zmniejszyła się i stan ogólny poprawił się.

Dnia 4/X 1907 przystąpiono do operacyi na czaszce. Cięcie rozpoczęto na czole powyżej gładzizny, poprowadzono w kierunku szwu strzałkowego i ukończono w miejscu, położonem na szerokość dwóch palców powyżej guzowatości politycznej zewnętrznej. Do tego cięcia dołączono poprzeczne, poprowadzone w kierunku linii łączącej obie małżowiny uszne. Po oddzieleniu wytworzonych w ten sposób płatów odsłonięto cały prawie strop czaszki. W okolicy kości czołowej znaleziono rozległą martwicę blaszki zewnętrznej. Martwak, który zajmował prawie $^3/_4$ kości czołowej, łatwo udało się usunąć przez podważenie podważką. Pod kością zmartwiałą znaleziono bladą ziarninę, którą zeskrobano ostrą łyżką. Oglądając dalej odsłonięty strop czaszki, stwierdzono, że w okolicy obu guzów ciemieniowych znajdują się martwaki, nie okazujące skłonności do oddzielenia się. Martwaki te, niekrwawiące zgoła podczas dłutowania, miały barwę żółtawą i były odgraniczone od kości zdrowej cienką zazębioną linią. W obu martwakach wywiercono po kilka dziur przy pomocy wywiertnika Doyena, dłutem pousuwano łączące je mostki kostne i kleszczami odjęto dokoła resztki kości zmartwiałej. Odsłonięto w ten sposób twardą oponę mózgową w okolicy obu guzów kości ciemieniowej na przestrzeni około rubla srebrnego. Po wyskrobaniu ziarniny, pozostałej po otwartych ropniach i obrównaniu brzegów skórnych, zaszyto skórę w kierunku poprzecznym i podłużnym, miejsca zaś owrzodzone zużytkowano do sączkowania paskami gazy jodoformowej. Okres pooperacyjny, prócz dwukrotnego podniesienia ciepłoty do 37^0, był prawidłowy.

Zdaniem Karczewskiego, martwica w opisanej postaci

przedstawia zjawisko dość rzadkie. Sprawa podobna może zależeć nietylko od przymiotu, lecz i od innych czynników. Martwica może dotyczyć wyłącznie blaszki zewnętrznej lub zajmować całą grubość kości. W tym ostatnim przypadku sprawa oddzielania się postępuje bardzo powoli i z tego powodu wymaga zabiegu chirurgicznego. Odszukanie martwaków, nie okazujących skłonności do uruchomienia się, możliwe jest jedynie po obszernem odsłonięciu czaszki.

Trzeciorzędne objawy przymiotu w kościach występują, według Neumana, w przypadkach nie leczonych—w 25%, w przypadkach zaś, w których przeprowadzono leczenie swoiste, odsetek ten spada do 12—24%. O tem, które kości ustroju najczęściej podlegają przymiotowi, poucza poniższe zestawienie Aschursta.

Kość czołowa	w	27,9%
Kość piszczelowa	w	16,3%
Żebra	w	13,9%
K. ciemieniowa	w	9,3%
Kości przedramienia, Szczęka, mostek .	w	9,6%
K. Strzałkowa i potylicowa	w	2,3%

Ten sam autor rozmaite postaci przymiotu kości pod względem częstości zszeregował, jak następuje: zapalenie przymiotowe kości i okostnej—12%, kilaki ograniczone—11%, martwica—20%, wyrośle kostne—15%. Jeżeli zestawić powyższe dwa szeregi liczb, to dojdziemy do wniosku, że najczęściej należałoby spotykać martwicę kości czołowej.

Klinicznie przymiot kości płaskich czaszki, według Krajewskiego, występuje w dwóch postaciach: jako kilak i jako obszerna martwica kości bez kilaka. Podczas gdy kilak nieleczony prowadzi zazwyczaj do ograniczonej martwicy, ale najczęściej poddaje się leczeniu swoistemu, martwica obszerna nie bywa zazwyczaj poprzedzona przez kilaki i nie podlega wpływowi leczenia swoistego. Prócz tego, o czem jeszcze mowa będzie poniżej, zauważyć należy, że ta ostatnia postać nie jest charakterystyczną wyłącznie dla przymiotu. Przyjąwszy podział powyższy, przejdźmy do scharakteryzowania każdego z tych obrazów klinicznych oddzielnie.

Rozwój kilaka kostnego odbywa się, podług Kaposiego, w ten sposób, że na wewnętrznej powierzchni okostnej zjawia się galaretowata, dość ścisła tkanka i tworzy zbity, bolesny gruzełek pomiędzy okostną, a powierzchnią kości. Wkrótce tkanka ta zaczyna wrastać w kość, na której bez ropienia powstaje brak powierzchowny (Caries sicca Virchowa). Zaklęśnienie takie jest zjawiskiem bardzo wczesnem i nie znika już nigdy. Stopniowo gruzełek powieksza się, odłuszcza okostną na coraz większej przestrzeni, a środkowa część jego ulega rozmięknieniu. W późniejszych okresach przymiotniak wrasta w skórę, na której tworzy się swoiste owrzodzenie, o ile, dzięki odpowiedniemu leczeniu, nie następuje wchłonienie nacieczenia Klinicznie kilak taki przedstawia się pod postacią płaskiego, wypukłego guza, którego podstawa wychodzi z kości, powierzchnię pokrywają części miękkie. Guz ten zarówno samorzutnie jak i na ucisk jest bolesny. Wymacując podstawę guza, możemy stwierdzić, że jest ona bardzo twarda i dopiero na poziomie $^2/_3$ wysokości wyczuwa się jakby brzeg ostry, a powyżej tegoż guz staje się sprężystym, niemal chłebocącym. Jeżeli wierzchołek guza wciskamy w kierunku powierzchni kostnej, na tej ostatniej wyraźnie stwierdzamy płytkie zaklęśnienie. Te trzy cechy swoiste — twarda podstawa chełbocącego na wierzchołku guza, ostry brzeg tej podstawy i zaklęśnienie w kości pozwalają odróżnić kilak okostny od innych podobnych guzów, jak ropnie, kaszaki i t. d. Najbardziej doń podobny jest krwiak czaszkowy, ale tutaj brak zaklęśnienia.

Co do punktu wyścia kilaka kostnego zdania są podzielone. Jedni, z Kaposim na czele, twierdzą, że każdy kilak kostny rozpoczyna się w wewnętrznej warstwie okostnej, skąd drąży w kierunku kości, wywołując już to braki powierzchowne, już też ograniczoną martwicę, i obnażając niekiedy oponę twardą. Tego samego zdania jest Birch-Hirschfeld, który również utrzymuje, że ziarnina swoista drąży wzdłuż błony zewnętrznej naczyń od okostnej w kierunku kości, dalej König, Ziegler, Poulet, Gangolphe i Vallet. Według Pouleta ziarnina, wychodząc z okostnej, drąży wgłąb, i w śródkościu toruje sobie drogi kręte, częstokroć zlewające się ze sobą. Blaszka wewnętrzna przeważnie skutecznie opiera się przez czas dłuższy sprawie niszczącej.

Odmiennego zdania są Virchow i Soloweitschik.

Virchow twierdzi, że obok zwykłego kilaka, rozwijającego się pod okostną, spotykamy bardzo często postacie, kończące się przeważnie rozległą martwicą kości płaskich czaszki, co do których powiedzieć można, iż punktem wyjścia było napewno śródkoście. W przypadkach tych objawy ze strony okostnej były bardzo niewyraźne, albo też brakowało ich zupełnie. Zdaniem Soloweitschika, braki kostne na czaszce pochodzenia przymiotowego zależą od równolegle postępującego zapalenia okostnej i kości. Jednakże każda z tych postaci może rozwijać się samodzielnie. Pierwsza z nich wywołuje powierzchowne zniszczenie kości przez ucisk, druga zaś, jako sprawa samoistnie poczynająca się w śródkościu i dotycząca w znacznym stopniu komórek kostnych, doprowadza przeważnie do rozległego zniszczenia substancyi kostnej.

Mniej więcej podobnie zapatrują się na sprawę powstawania nacieczenia swoistego Volkmann i Heineke, wychodząc z założenia, że przymiotniak zazwyczaj powstaje jednocześnie we wszystkich tkankach, wchodzących w skład kości, a więc w okostnej, substancyi zbitej i szpiku.

Podług Heinekego, sprawa odbywa się tak, że ziarnina pierwotnie zaczyna bujać w tkance szpikowej, niszcząc otaczającą substancyę kostną i prowadząc do wytworzenia się dużej jamy w kości. Niekiedy na spotkanie takiego kilaka śródkościa wyrasta kilak z okostnej wewnętrznej lub zewnętrznej, przyśpieszając przedziurawianie kości. Jeżeli w śródkościu zlewa się szereg takich ognisk kilakowych, wówczas mogą one otoczyć większe lub mniejsze okolice kości, która stopniowo wyłączona zostaje z krwiobiegu, i ulega martwicy.

Jak widzimy, poglądy na pierwotne umiejscowienie sprawy kilakowej nie są zgodne. Gdy jedni z Kaposim za punk wyjścia kilaka uważają wyłącznie warstwę wewnętrzną okostnej, drudzy, z Virchowem na czele, twierdzą, iż zarówno w kilaku, jak i w obszernej martwicy czaszki cierpieniu ulegają odrazu okostna, szpik i kość, jakkolwiek w stopniu nierównym.

Zanim przejdziemy do szczegółowego rozpatrzenia martwicy rozległej, którą, ze względu na opisany wyżej przypadek, uważaliśmy za stosowne wydzielić z ogólnego obrazu klinicznego przymiotu kości płaskich czaszki, zatrzymajmy się w krótkości nad przebiegiem i zejściem kilaka kostnego.

Niezależnie od pierwotnego umiejscowienia sprawy przymiotowej w okostnej, szpiku, lub kości, zejście prawie zawsze polegać będzie na zniszczeniu kości. Jeżeli bowiem, dzięki leczeniu swoistemu, kilak nawet ulegnie wchłonieniu a zawrtość jego nie przedziurawi powłok miękkich czaszki, i nie doprowadzi do owrzodzenia, to zaklęśnienie, będąc wyrazem powierzchownego zniszczenia kości, pozostaje na zawsze. Tam, gdzie leczenie swoiste nie wywiera wpływu na sprawę zasadniczą, rozwija się obraz martwicy ograniczonej. Ziarnina przymiotowa, drążąc wgłąb kości, wzdłuż kanałów naczyniowych albo też rozwijając się już pierwotnie w środkościu, w tkance szpikowej, niszczy elementy kostne, sprowadza zanik lub zamknięcie światła naczyń, szerzy się zarówno w kierunku poziomym, jak i pionowym i ostatecznie doprowadza do ograniczonej na razie martwicy kości. Niekiedy jednak sprawa nie ogranicza się, dokoła takich ognisk martwych występuje odczynowe przetwardnienie kości z zanikiem naczyń odżywczych, i martwica obejmuje rozległe okolice.

Przechodząc z kolei do rozległej martwicy czaszki, widzimy, że, jak tego dowodzą liczby, zamieszczone we wstępie do części klinicznej, dotyczy ona najczęściej kości czołowej, potem kości ciemieniowych i skroniowych. Przypadki rozmaitych aurów, cytowane poniżej, dowodzą, że obraz rozległej martwicy czaszki tam, gdzie pierwotną przyczyną jej nie był przymiot, nie wiele różni się od martwicy obszernej na tle przymiotu. Dlategoto należy bliżej zastanowić się nad wspólnemi przyczynami tego cierpienia. Willemer, któremu zawdzięczamy nader pouczający opis przypadku odnośnego, twierdzi, że zachodzi pewien związek pomiędzy częstością martwicy kości czołowej i ciemieniowej a tą okolicznością, iż kości te częściej od innych wystawione są na działanie szkodliwości zewnętrznych. Jakkolwiek taka przewlekła martwica rozległa przeważnie zależy od przymiotu albo gruźlicy, to jednak istnieje niewątpliwie szereg przypadków, w których przyczyna martwicy jest ciemna i gdzie ta ostatnia występuje u osobników zdrowych niekiedy w następstwie urazu, po upływie wielu lat, jak np. w przypadku Willemera. W tych przypadkach niesłusznie zawsze dopatrywano się gruźlicy lub utajonego przymiotu, nie myśląc o anatomicznych przyczynach martwicy. Nie jest dziełem przypadku,

jeżeli ten rodzaj przewlekłej, obszernej martwicy znajdujemy najczęściej w kości czołowej i w tych kościach twarzy, które łączą się z jamą nosa. Te słabo odżywiane, cienką warstwą części miękkich pokryte kości łatwiej od innych ulegają urazom i zaburzeniom w odżywianiu. Z chwilą wystąpienia ropienia w jamie nosa, łączącej się z tylu jamami powietrznemi kości sąsiednich, ropienie łatwo już posuwa się dalej i z biegiem czasu może doprowadzić do martwicy. Krajewski posunął się jeszcze dalej, odmawiając tej postaci martwicy obszernej kości płaskich czaszki wszelkiej swoistości i uważając ją za zejście przewlekłego zapalenia szpiku wskutek zmian swoistych lub nieswoistych w jamach czaszki, sąsiadujących bezpośrednio z temi kośćmi.

Ropienie albo drąży między kością i okostną, którą odłuszcza, upośledzając odżywianie kości, albo też kość zachowuje okostną i sama bierze czynny udział w sprawie zapalnej. Zmiany dotyczą wtedy przeważnie szpiku. W śródkościu sprawa rozpoczyna się jako rozrzedzające zapalenie kości; wówczas przeważa zanik nad nowotworzeniem, a martwaki są lżejsze od kości zdrowej — albo też odrazu występuje zapalenie kostniejące z masowem nowotworzeniem kości, tak, że śródkoście zanika zupełnie, i odżywianie kości przez szpik zmniejsza się krańcowo. Jednakże dopóki okostna z obu stron pokrywa kość płaską, ta ostatnia całe lata może wahać się między życiem a śmiercią. Kość w tym okresie jest szarobiała, zrośnięta z okostną i oponą twardą. Naraz obraz zmienia się, między okostną i kością występuje ropienie, zjawiają się bóle, obrzęk części miękkich; na dnie ropnia okostnego leży obnażona kość. Pod okostnę wciska się ziarnina i unosi kość w postaci martwaka. Tymczasem odczyn kości dokoła takich ognisk bywa zazwyczaj nieznaczny i dlatego martwak leży czasami całe lata.

Zanim przejdziemy do opisu dalszego przebiegu rozległej martwicy, musimy jeszcze zatrzymać się nad drugą przyczyną jej, zależną od czynników mechanicznych, mianowicie na zastoju żylnym w śródkościu. Na ten punkt kładzie szczególny nacisk Willemer, uważając, iż zastój żylny w śródkościu jest początkiem przetwardnienia kości. W celu bliższego wyjaśnienia tej sprawy, nie od rzeczy będzie rozejrzeć się bliżej w anatomii i rozmieszczeniu żył śródkościa kości płaskich czaszki.

Podług Sappeya, krew z kanałów żylnych kości czaszki odpływa już to do zatok opony twardej, t. j. do żył wewnątrzczaszkowych, już też do żył zewnątrzczaszkowych. Rozróżniamy kanały żylne czołowe, ciemieniowe, skroniowe i potylicowe.

Kanały żylne czołowe, parzyste, przebiegają w linii prostej, albo krętej od górnego brzega kości czołowej w kierunku oczodołów. Średnica ich, biorąc na ogół, jest wszędzie jednakowa, w pobliżu zaś oczodołów—nieco większa. Kanały te łączą się z sobą zapomocą kanałów poprzecznych, dalej—z żyłami okostnej, następnie na wewnętrznej powierzchni z zatoką strzałkową górną, która przez otwór ślepy częstokroć łączy się z żyłami jamy nosa; oprócz tego istnieje połączenie żyły śródkościa czołowej z żyłą czołową, w okolicy wewnętrznego kąta oczodołu.

Kości skroniowa i ciemieniowa posiadają po jednej głównej żyle śródkościa, które biegną prawie równolegle do obu gałęzi tętnicy oponowej średniej. Kierunek ich jest zatem zbieżny ku dołowi. Na przebiegu łączą się one z głębokiemi żyłami skroniowemi i gałązkami żyły oponowej średniej.

Żyły śródkościa k. potylicowej, parzyste, łączą się z żyłami potylicowemi. Żyły śródkościa różnią się bardzo pod względem wymiarów, rozległości, liczby i wzajemnych połączeń. Średnica powiększa się z wiekiem, w miarę ściślejszego spajania się kości czaszki, tak, że w wieku podeszłym kanały kostne wszystkich kości przeważnie łączą się między sobą. Podług Henlego, każda kość czaszki ma swój osobny, w sobie zamknięty układ żylny; wprawdzie z wiekiem powstaje ciągła sieć żylna, obejmująca wszystkie kości czaszki, jednakże w pewnych kościach krew żylna odpływa w ściśle określone kanały. Do tych kości, przedewszystkiem, należy kość czołowa, której układ żylny opisaliśmy powyżej. Wobec tego jest zrozumiałe, że sprawy zapalne, przymiotowe czy też inne w okolicy nasady nosa wywołują zastój na obszarze żył śródkościa kości czołowej, tem większy, im dany odcinek kostny leży bliżej tych żył. Tak, zapalenie kości w okolicy nasady nosa wywołuje zastój żylny w śródkościu k. czołowej, i upośledzenie odżywiania śródkościa; potem już zakażenie ma podłoże przygotowane.

Jako wymowne zobrazowanie tego, co powiedziało się wyżej o przyczynie rozległej martwicy, niezależnej od przymiotu

lub gruźlicy, podać można przypadek Willemera, w którym chory przed 17 laty doznał urazu w okolicy nasady nosa. Po upływie roku z nosa zaczynają wydzielać się zmartwiałe kawałki kości; w ten sposób w ciągu dalszych 15 lat zniszczeniu ulegają kości nosowe, przegroda, części szczęki i kości sitowej. Dopiero po 17 latach występuje martwica kości czołowej, z której usuwano martwaki w ciągu 5 lat. Objawów przymiotu lub gruźlicy nie było. Największy martwak mierzył 11 × 6 × 2 ctm. Martwaki były przeważnie bardzo twarde, kostnienie odczynowe w sąsiedztwie nieznaczne, ale po usunięciu pierwszych dwóch martwaków stwierdzono odrodzenie się kości w postaci cienkiej blaszki.

Rozległą martwicę kości czołowej spotykał Bottini po róży głowy z ropniem w okolicy nasady nosa.

Co się tyczy objawów, poprzedzających wyraźną już martwicę, to zaznaczyć należy zjawiającą się na długo już przed tem cuchnącą wydzielinę z nosa, jak to było np. w przypadku, naszym, lub też z ucha, co miało miejsce w przypadku, opisanym przez Guiseza. Chora 22 letnia poddała się operacy doszczętnej z powodu przewlekłego ropienia ucha średniego i jamy sutkowej. Po upływie 3 miesięcy wystąpiła martwica kości skroniowej, poczem usunięto martwak; sprawa pomimo to czyniła dalsze postępy, tak że zabiegi powtarzano jeszcze kilkakrotnie na kości ciemieniowej i potylicowej.

Prócz tego objawu występują częstokroć nieznośne bóle głowy. Stopniowo na czole pokazuje się ciemno-sina plama, powstaje owrzodzenie, a na dnie jego znajdujemy zmartwiałą kość. Dalszy przebieg takiej martwicy rozległej, niezależnie od tego, czy tłem jej jest przymiot, czy też inna, nie swoista sprawa zapalna, bywa zazwyczaj bardzo przewlekły. Dowodzi tego zarówno opis przypadku niniejszego, jak i podobny przypadek Göza. Wskazaniem do zabiegu operacyjnego była w jego przypadku przymiotowa martwica kości płaskich czaszki. Usunięto martwak, obejmujący prawą kość ciemieniową i prawą połowę czołowej, a także część lewej ciemieniowej i lewej połowy czołowej. Brak wynosił 17 × 13 ctm. Martwak oddzielał się bardzo powoli. Przypadek ten, po upływie 10 lat, opisał jeszcze raz Hofmeister i zaznaczył analogię z przytoczonym wyżej przypadkiem martwicy na tle urazowem Willemera co do

uporczywego postępującego charakteru sprawy i braku wyraźnej demarkacyi. Istotnie, oba przypadki klinicznie są podobne, a jednak u Willemera przyczyna jest urazowo-zakaźna, u Göza natury przymiotowej. Widocznie przyczynę tej analogii w znacznym stopniu upatrywać należy w tych czynnikach anatomicznych i mechanicznych, o których była mowa wyżej, i które niewątpliwie i w naszym przypadku odegrały poważną rolę.

Jak widzimy, cechą charakterystyczną martwicy rozległej jest nader powolne oddzielanie się martwaka, trwające nieraz latami. Wynikiem tego długotrwałego oddzielania się martwaka jest ciężkie ropienie, ropa rozkłada się i w końcu duży martwak pływa w posoce. Dziwnem wydać się może, iż tak ciężka sprawa ropna rzadko prowadzi do ropni w mózgu, jak to miało miejsce w przypadku Viannaya. Zapobiega temu, do pewnego stopnia, zgrubienie odczynowe obu powłok okostnych czaszki. Słusznie też zaznacza Heineke, że ropienie pomiędzy oponą twardą a kością, niszcząc naczynia krwionośne, przenikające z jednej warstwy do drugiej, zapobiega również przeniesieniu ropienia na zatoki żylne. Zresztą, w okresie tym sam martwak jest już zazwyczaj tak uszkodzony, że część ropy znajduje odpływ na zewnątrz.

Jeżeli martwak dotyczył całej grubości kości, brak powstały po usunięciu jego najczęściej z biegiem czasu pokrywa się tkankami miękkiemi; bywają jednak wyjątki, np. w przypadku Küstera, w którym usunięto martwak natury nie przymiotowej, wielkości 8 × 10 ctm., obejmujący wszystkie warstwy kości czołowej, tak, że po usunięciu obnażono oponę twardą, pokrytą ziarniną. Po upływie 26 lat sam autor miał sposobność wykonać oględziny pośmiertne tego osobnika i stwierdził, że brak całkowicie pokryty jest mocną kością, luźno pozrastałą z oponą twardą.

Jaki jest powód tego powolnego odgraniczenia i oddzielania się martwaków od otoczenia?

Odpowiedzi na to pytanie udziela nam po części praca Hofmeistera.

Autor ten odróżnia dwa typy martwaków: gąbczaste, lekkie, oddzielające się samorzutnie, i ciężkie, wyjedzone tylko na powierzchni wewnętrznej, o spójności kości słoniowej, bardzo rzadko oddzielające się samoistnie. Z tego rozmaitego wyglądu

martwaków Hofmeister wnosi, że sprawa rozpada się na dwa okresy. Z początku kość zdrowa odpowiada silnem zapaleniem i szybko oddziela martwaki. Potem, wskutek zapalenia przewlekłego powstają w kości zdrowej takie zmiany, które raczej usposabiają do dalszej martwicy, niż powstrzymują rozwój jej, innemi słowy dochodzi do stwardnienia kości (*osteosclerosis*). Otóż im prędzej i zupełniej martwieje kość, dotknięta sprawą chorobową, tem prędzej nastąpi oddzielenie się martwaka i tem mniej należy obawiać się przewlekłych spraw odczynowych w otoczeniu. Jeżeli zaś sama sprawa np. zapalenie kilakowe kości jest już odrazu przewlekła, wówczas w chwili, gdy dana okolica uległa zupełnej martwicy, w sąsiedztwie jej rozwinęło się już zazwyczaj takie stwardnienie kości, że odgraniczenie martwaka jest rzeczą prawie niemożliwą.

Powodem, dla którego częściej spostrzegamy postępującą martwicę kości czaszki, niż np. kości długich, jest i to, że produkty zapalne, zbierając się między kością, a powłokami zewnętrznemi, przerywają łączność tych powłok odżywczych z kością właśnie w bezpośredniem sąsiedztwie ogniska. Dzięki temu coraz to szersze okolice, pozbawione dopływu krwi, ulegają zniszczeniu. Sprawie tej sprzyja jeszcze ta okoliczność, iż obie warstwy okostnej połączone są bardzo luźno z sąsiedniemi częściami miękkiemi, tak, że materyał odżywczy czerpać mogą przeważnie tylko ze swej własnej powierzchni; dlatego też najgorzej odżywiane są części, sąsiadujące z ogniskiem pierwotnem. Najgorsze warunki przedstawia pod tym względem okostna wewnętrzna i dlatego, jak słusznie twierdzi Willemer, wewnętrzna powierzchnia martwaków wykazuje daleko głębsze zmiany od zewnętrznej.

W przypadku naszym również wewnętrzna powierzchnia martwaków była bardziej zmieniona, nie należy wszakże zapominać, że nie była to blaszka wewnętrzna kości, lecz śródkoście, w którem odbywała się sprawa zapalna. Ze tak było w istocie, dowodzi niewatpliwie fakt, iż podczas świdrowania znajdowano pod kością ziarninę, a pod tą ostatnią znowu kość, odpowiadającą blaszce wewnętrznej, która też przeważnie pozostała w miejscach, z których na drodze operacyjnej usunięto martwaki.

Z podanego wyżej opisu przebiegu martwicy rozległej

nietrudno już wyprowadzić wnioski co do rokowania i leczenia samego cierpienia. Rokowanie jest ściśle związane z wyborem metody leczniczej. O ile bowiem martwica bardzo ograniczona, poprzedzona przez przymiotniak niewątpliwy, może jeszcze niekiedy pod wpływem leczenia swoistego dać wyleczenie trwałe, o tyle martwica rozległa bezwarunkowo nie poddaje się wpływowi tego leczenia. Chorych takich zbyt często leczono długo i bezowocnie środkami wewnętrznymi, albo częściowem wyjęciem martwaków. Tymczasem, jak to miało miejsce i w naszym przypadku, przeważnie leczenie swoiste żadnego wpływu ani na poprawę stanu ogólnego, ani na sprawę miejscową nie wywiera, a długotrwałe ropienie, gorączka, i bóle głowy szybko wyczerpują siły chorego, zniewalając w końcu lekarza do leczenia czynnego.

Co się tyczy wskazań do zabiegu, oraz techniki operacyjnej, to należy mieć na uwadze, co następuje. Przedewszystkiem, zdaniem większości autorów, nie należy czekać uruchomienia się martwaków, które, jak wiemy, następuje po wielu latach, albo i wcale się nie zjawia. W ten sposób traci się czas, a chory podupada na siłach. Horsley w tych razach, kiedy martwica w krótkim czasie nie poddaje się wpływowi rtęci, radzi nie zwlekać z zabiegiem i wykonać już nie trepanacyę lub sekwestrotomię, ale rozległe wyjęcie kości czaszki. Tego samego zdania jest większość autorów. Że martwica rozległa nie poddaje się wływowi merkuryuszu, nic dziwnego, jest ona bowiem następstwem przymiotu, a nie samą sprawę przymiotową i dlatego jedynie rozległe usunięcie części chorych za pomocą wycięcia na terytoryum zdrowem może wyleczyć chorego. Jako sprawdzian kości zdrowej Göz podaje krwawienie z kości podczas świdrowania.

Że i dawni autorowie rozumieli potrzebę zabiegu czynnego i nie cofali się przed bardzo rozległem usunięciem kości, dowodzi notatka, w której Fallopia w r. 1555 mówi: „j'ai vu cela moi même pour la première fois chez ma tante, qui avait reçu la syphilis de son mari, je lui ai enlevé tout le crâne; la membrane se couvrit d'une pellicule, au dessous de laquelle on sentait le mouvemevt de la méninge qui battait". Dalej Botallus cytuje spostrzeżenie analogiczne: „Vidi plurimos hac lue affectos, a quibus tantum de osse sinci-

piti afferre opportuit, quantum dimidia vola manus est lata, et aliis a fronte portionem non exiguam — omnes cum optimo successu".

Ale nietylko bezpośredni wynik operacyjny bywa zazwyczaj pomyślny. Dalsze spostrzeganie odnośnych chorych dowodzi, że braki kostne, dosięgające niekiedy rozmiarów istotnie olbrzymich, po upływie lat pokrywają się częściowo, albo też całkowicie twardą, prawidłową kością. Nad tą zdolnością odrodczą kości czaszki warto zatrzymać się pokrótce na zakończenie pracy niniejszej. Zdolność odrodcza kości czaszki jest większa, aniżeli ogólnie przypuszczają. Jeżeli niektórzy zdolność tę uważają za słabą, czynią to prawdopodobnie na zasadzie okoliczności, że okostna jest uboga w naczynia, a kość odżywia się głównie przez śródkoście. Tymczasem twierdzenie to nie jest zupełnie słuszne, albowiem w odradzaniu uczestniczą zarówno obie warstwy okostnej, jak i śródkoście. To ostatnie zdanie wygłosił pierwszy Göz, a za nim Hofmeister. Autor ten twierdzi, że okostna czaszki posiada znaczną zdolność tworzenia nowej kości. Pewnych wskazówek w tym kierunku udziela badanie zwłok, wykonane przez Hofmeistera po śmierci chorego, którego dawniej opisał Göz. Przedewszystkiem więc na wewnętrznej powierzchni nowoutworzonej kości widać brózdy naczyniowe, równie szerokie i głębokie, jak dawne. Badanie zaś mikroskopowe brzegów braku dowodzi, że najżywsze wytwarzanie kości odbywa się w warstwie okostnej wewnętrznej. Fakt ten potwierdzałoby spostrzeżenie Bergmana, że pęknięcia blaszki wewnętrznej czaszki prędzej od innych wypełniają się kostniną. Co się tyczy kształtu kości nowoutworzonej, to w miejscach tych sklepienie czaszki ulega zwykle spłaszczeniu, jak np. w przypadkach Küstera, Willemera i Krajewskiego. Zmiana ta jest zrozumiała, jeżeli wziąć pod uwagę, że nowotworzenie kostne rozwija się stopniowo na miękkiej bliznie, która, jak wszystkie blizny, posiada dążność do kurczenia się i łączenia brzegów braku na drodze możliwie najkrótszej, a więc za pomocą powierzchni płaskiej. O zdolności odrodczej kości czaszki świadczą wymownie liczby, które pozwolę sobie przytoczyć.

Tak, w przypadku operowanym przez Krajewskiego wymiary braku kostnego po usunięciu wszystkich martwaków,

wynosiły 23×19,5 ctm; po upływie 10 lat brak zmalał do 2×3 ctm.

Küster opisuje brak, mierzący 8×10 ctm., jako następstwo martwicy urazowej, który po upływie 26 lat pokrył się całkowicie mocną kością. Hofmeister po dziesięciu latach widział przypadek Göza, w którym brak pierwotny, pooperacyjny wynosił 17×13 ctm. Potem wymiary te zredukowały się do 2,2×2,9 ctm.

Zestawiając wszystko, powiedziane wyżej, dochodzimy do wniosków następujących.

1. Sprawa pierwotnego umiejscowienia przymiotniaków kości płaskich czaszki dotychczas nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta.

2. Rozległa martwica czaszki nie zawsze bywa następstwem przymiotu, a zależy częstokroć od ropienia w jamach powietrznych sąsiednich, lub od urazu. Jest to przewlekłe zapalenie szpiku kostnego z zejściem w martwicę blaszki zewnętrznej. Rozwojowi martwicy sprzyja rozmieszczenie układu żylnego śródkościa.

3. Odgraniczenie w przypadkach tych odbywa się bardzo powoli, a sama sprawa nie poddaje się wpływowi leczenia swoistego.

4. Jako jedyną racyonalną metodę leczniczą uważać należy możliwie rozległe wczesne wycięcie kości zmartwiałych i skanalizowanie całej podejrzanej o martwicę kości w bezpośredniem sąsiedztwie martwaków.

5. Zdolność odrodcza kości czaszki po zabiegu powyższym jest bardzo znaczna.

PIŚMIENNICTWO.

1. Aschurst—The intern. encycl. of Surgery 1882.
2. Neuman—Syphilis—Wien 1896.
3. Kaposi—Pathologie u. Therapie d. Syphilis 1901.
4. Virchow—Ueber die Natur d. Konstitutionnell — Syphilit.—Affectionen 1858.
5. Birch-Hirschfeld—Lehrbuch d. path. Anat. 1882 T. 2.
6. König—Lehrb. d. spec. Chir. T. I.
7. Ziegler—Lehrb. d. spec. path. Anat. 10 wydanie.
8. Gangolphe—Maladies infectieuses des os 1894.

9. Poulet—Notes sur les ostéites tuberc. et syph. de la voûte du crane Soc. de Chir. 1884 T. X.

10. Vallet—De la nécrose syph. du crane. Thèse 1897.

11. Soloweitschik—Syphilis. Schaedelaffektionen Virchow's Archiv. T. 48.

12. Volkmann—Die Krankh. d. Knochen—w Pitha—Billroth-Handb.

13. Heineke—Chir. Krankh. d. Kopfes—w Billroth-Lücke Lief. 31.

14. Willemer—Zur Lehre von d. Knochennekrosen am Schaedel — Arch. f. klin. Chir. T. 47.

15. Sappey—Traité d'anatomie descriptive 1852 T. II.

16. Henle—Lehrbuch d. Anatomie d. Menschen.

17. Bottini—Cyt. podł. Jahresbericht Hirscha-Virchowa 1867. T. II.

18. Guisez—Ostéomyélite chronique desos plats du crane consecutive a une otite suppurée chron.—Revue hebdom. de laryngologie 1907 № 39.

19. Göz—Ueber ausgedehnte Resection d. Schaedelknochen u. die Regenerationsvorgaenge derselben—Beitr. zur klin. Chir. T. III.

20. Krajewski.—Odczyt o przymiotowej martwicy kości czaszki, wygłoszony na posiedzeniu z 31/3 1898 w. W. T. L.—Pam. Tow. lek. 1898.

21. Karczewski—Pokaz chorej po operacyi z powodu syfilitycznej martwicy kości czaszki na pos. sekcyi chir. W. T. L. z 10/12 1907. — Sprawoz. z pos. sekcyi.

22. Viannay—Un cas de nécrose Syph. de l'os frontal suivie de mort par encéphalite—La province méd. 1900 № 47.

23. Küster—Totale Entfernung eines necrotischen Stirntheiles. Arch. f. Klin. Chir. T. 24.

24. Hofmeister — Regeneration d. Schaedelknochen Beitr. z. Klin Chir. T. 13.

25. Horsley—cyt. u Forgue et Roger.

26. Fallopia i Botallus—cyt. u Mauriac-Syphilis tertiaire et héréditaire 1890.

27. Forgue et Roger—L'intervention chirurg. dans la syphilis nécrosante de la voûte cranienne.

Ułatwiona metoda poćwiertowania płodu (embryotomii) w praktyce.

napisali

PIOTR BORSUKIEWICZ (Lublin)
i **WINCENTY CHOCIATOWSKI** (Horochów).

Rzecz, czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego d. 4. X. 1909.

Operacya, o której mowa, w obecnych czasach nie jest na dobie, przestała zajmować akuszerów, gdyż w dobrze urządzonych społeczeństwach, wobec umiejętnej i wcześnie podanej pomocy położniczej nigdy prawie nie zachodzi potrzeba wykonywania poćwiertowania płodu. W tych zaś nielicznych przypadkach zaniedbanego poprzecznego położenia płodu, w których zachodzi konieczność rozkawalenia płodu, metodyka oddawna już jest wyrobiona z przeważnem, jeśli nie wyłącznem, uwzględnieniem oddzielenia główki płodu, więc pod względem naukowym jest właściwie wyczerpana. Obecna praca, oparta na kilkunastoletniem doświadczeniu osobistem, przeznaczona jest nie dla tych setek lekarzy, którzy mieszkają w dużych miastach, wśród ludności inteligentnej i bardziej niż wiejska nawykłej do zasięgania należytej pomocy lekarskiej, i mogą wreszcie w trudnych przypadkach operować w warunkach szpitalnych z pomocą doświadczonych asystentów;—lecz dla owych tysięcy kolegów, rozrzuconych po kraju, pracujących wśród i dla ciemnej ludności wiejskiej, zmuszonych operować gdzie i jak się przytrafi, w brudnych chatach, bez żadnej fachowej pomocy, i spotykających właśnie sporą liczbę okropnie zaniedbanych przypadków. Dla tych to właśnie „prowincyonalnych“ lekarzy w przypadkach zaniedbanego poprzecznego położenia płodu, kiedy ramię głęboko wklinowało się do małej miednicy, kiedy macica jest silnie skurczona i szczelnie obejmuje części płodu, kiedy więc o obrocie niema mowy, sprawa wyboru metody

operacyjnej ma niemałe znaczenie. Tymczasem ogół akuszerów mało interesuje się omawianym działem położnictwa; najlepszym tego dowodem jest fakt, że nawet obszerne podręczniki położnictwa poświęcają poćwiertowaniu płodu zaledwie parę stronic (Fritsch, Ahlfeld, Bumm); tylko niektóre (Skutsch, Schauta, Kaltenbach) omawiają ten przedmiot nieco więcej szczegółowo. Dodać zresztą należy, że dawniejsze podręczniki obszerniej omawiają sprawę ćwiertowania płodu, niż nowe (Späth 1857; Chailly-Honoré 1867; Schroeder 1893). We wszystkich prawie podręcznikach na pierwszem miejscu i z największymi szczegółami omawiane jest oddzielenie główki płodu i przeważnie do wykonywania zalecane, z pominięciem albo pobieżnym tylko opisem innych sposobów, jak gdyby oddzielanie główki było najłatwiejszą do wykonania i najbezpieczniejszą dla rodzącej operacją położniczą! O ile jednak jest ona niełatwą do wykonania, świadczy bodaj znaczna liczba narzędzi, polecanych do przecięcia szyi płodu, jako to hak Brauna, trachelorrhectes Zweifela, nóż-sierp Schultzego, pętla druciana Kezmarskyego, nożyczki polipowe Siebolda, rozmaite piłki, sznureczki. Trudność polega również na tem, że dla bezpieczeństwa wykonania zabiegu musimy wprowadzić do jamy macicy rękę obok wklinowanego ramienia pomimo braku miejsca; wszak wykonywamy poćwiertowanie płodu w tych razach, kiedy dla dokonania obrotu niema już miejsca w macicy dla naszej ręki. Większą jeszcze trudność często przedstawia wydobycie pozostałej w macicy swobodnej główki płodu, szczególnie w przypadkach umiarkowanych zwężeń miednicy kostnej. W znacznych zwężeniach przeprowadzenie przez kanał porodowy główki nawet idącej na ostatku po obrocie przedstawia znaczne lub nieprzezwyciężone trudności, rozstrzygane nieraz przez cesarskie cięcie. O ile trudności te są poważne, dowodzi znaczna liczba przypadków pozostawienia główki dziecka w macicy po odjęciu główki lub po urwaniu się tułowia podczas wydobycia płodu, zebranych z piśmiennictwa i opisanych przez Fr. Neugebauera w Gazecie Lekarskiej. Nader zajmujące są opisy tych trudności, jakie np. napotkał Hegar, dobywając swobodną główkę po dokonanem przezeń oddzieleniu główki płodu, którego następnie żałował. Trudności polegały na niemożności unieruchomienia główki, pomimo pomoc asy-

stenta; hak ostry (!), wprowadzony do jamy ust, przełamał dolną szczękę dziecka, a potem wprowadzony do oczodołu obluzował się podczas nakładania zmiażdżacza główki, tak że skończyło się ostatecznie na wprowadzeniu całej ręki i wbiciu pod jej kierunkiem w szew czaszkowy perforatora i to nie bez trudności, wprowadzeniu zmiażdżacza czaszki i nareszcie wydobyciu główki. „Któryż z nas,“ dodaje sz. autor — „nie widział osobiście podobnych trudności w wydobywaniu główki po odjęciu tejże, szczególnie w przypadkach miednicy płaskiej i niesymetrycznie skośnie zwężonej?“ Zdarzały się przypadki, w których decydowano się nawet na pozostawienie główki w jamie macicy, lub uciekano się do cięcia cesarskiego dla jej wydobycia: autor przytacza 7 przypadków wyrzeczenia się główki w macicy, a 8 cesarskich cięć dla wydobycia główki na 31 wszystkich przytoczonych w pierwszej swej pracy przypadków. Podobne trudności zniewoliły Chailly-Honorégo do wyrzeczenia się zupełnego odejmowania główki i do używania wyłącznie wypatroszenia płodu. Jeśli takie trudności trafiały się rutynowanym akuszerom, rozporządzającym umiejętną pomocą, to cóż mówić o lekarzach, operujących na wsi, w ciemnej chacie, bez pomocy, przeważnie bez możności zachloroformowania rodzącej?

Powyżej przytoczone trudności same przez się świadczą przeciw zalecaniu odejmowania główki, jako typowej operacyi w poprzecznem zaniedbanem położeniu płodu.

Prócz oddzielenia główki, którego opis zajmuje zwykle lwią część wykładu o poćwiertowaniu płodu w każdym podręczniku, resztę, często zaledwie kilkadziesiąt wierszy, poświęca się pobieżnemu przeglądowi innych sposobów rozkawalenia płodu,—sposobów, które większość autorów przytacza raczej dla zupełności wykładu, konspektowo, żadnego z nich nie polecając do wykonania.

Śród tych sposobów wymieniają „detruncatio,“ t. j. przecięcie całego płodu poprzecznie przez dolną część klatki piersiowej, lub gdzie się da, przyczem do ułatwienia tej operacyi służy wypatroszenie (Chailly-Honoré, Skutsch, v. Winckel, Simpson z zostawieniem jednej rączki dla pociągania).

Wypatroszenie (exenteratio v. evisceratio) stosuje się dla zmniejszenia objętości płodu i tem samem udostępnienia dojścia

ręką do zgięcia pachwinowego, lub kolana czy nóżki, i wykonania obrotu, albo do zaczepienia hakiem za miednicę dziecka, za dolną część kręgosłupa. za otwór stolcowy, i ściągnięcia pośladków ku dołowi (Späth, Lee, Spiegelberg, Jerzykowski, Lange, Hegar, Haake, Ahlfeld). Przeciwko temu wypowiadają się Fritsch, Skutsch i Kaltenbach ze względu na niebezpieczeństwo pęknięcia macicy.

Innym służy wypatroszenie do łatwiejszego dojścia do lędźwiowej części kręgosłupa w celu przecięcia go i usunięcia każdej połowy płodu osobno (Simpson, Krassowski, Fritsch, Ahlfeld, Herman), albo razem (Michaelis).

Dührsen, Kaltenbach zapatrują się na wypatroszenie tylko jako na sposób zmniejszania objętości płodu i dania możności ściągnięcia go za rączkę bliżej ku otworowi, aby wykonać oddzielenie główki płodu pod kierunkiem wzroku. Barklind, Bumm uważają wypatroszenie za nadzwyczaj rzadko dający się wykonać zabieg.

Wreszcie Veit, Lee, Michaelis, Schauta, Runge radzą zrobić tak dużą dziurę w klatce piersiowej płodu, by zmieściła się tam ręka operatora, wyjąć trzewa z jamy klatki piersiowej i brzucha, i wyciągać dużym hakiem, albo — kranioklastem. Przyczem, gdyby było trudno przeprowadzić hakiem przez miednicę główkę wraz z kręgosłupem (!), doradzają zaczepić hakiem za kręgosłup niżej, bliżej do pośladków, aby tym sposobem pierwsze wyszły pośladki, na podobieństwo mechanizmu samoistnego wytoczenia się płodu. Schaucie „zdaje się,“ że ten sposób jest lepszy, niż próba obrotu na nóżkę po wypatroszeniu, gdyż nie jest on pewny, czy po wypatroszeniu znajdzie się dość miejsca dla ręki, wprowadzonej w celu uchwycenia nóżki. Cały powyższy opis jest podany mglisto i robi wrażenie, że sam autor przytacza go raczej dla uzupełnienia wykładu, niż dla stosowania w praktyce. Albowiem podanie wzmiankowanego sposobu sprowadzenia główki wraz z kręgosłupem możliwe jest tylko w przypadku niedonoszonego małego płodu, albo w przypadku nadmiernie wielkiej miednicy, t. j. w tych razach, kiedy natura sama sobie daje radę, a zresztą każdy sposób operacyi, nie wyłączając oddzielenia główki, nie nastręcza trudności. Prócz tego Schauta nie wspomina, co podczas tej manipulacyi sprowadzania ze zdwojeniem tuło-

wia—dzieje się z kręgosłupem. Sposób zaś sprowadzenia pośladków hakiem na sposób samoistnego wytoczenia się płodu właściwie nie rożni się od obrotu, tylko nie za pomocą ręki, lecz haka. Samo wreszcie wyrażenie Schauty „zdaje się“ świadczy, że sam on tego sposobu prawdopodobnie nie wykonywał, albo też tylko przypadkowo, a przytacza go dla ścisłości naukowej podręcznika. Istotnie, o ile mogłem przekonać się, to zarówno w jego klinice, jak i w klinice Rosthorna w Wiedniu, jak również w klinikach profesorów Rubeski i Pavlika w Praze Cz. stosuje się przeważnie oddzielenie główki.

Podobnie trudne kombinacje z wydostawaniem dzieci ze zdwojonem ciałem dość niewyraźnie opisują Spiegelberg, Schroeder, Veit, Jerzykowski. Ten ostatni pisząc, że główka, pośladek i kończyny wypadają jednocześnie, dodaje, że „poród opisanym co dopiero sposobem może tylko wtenczas nastąpić, kiedy miednica jest bardzo obszerna i płód bardzo mały.“

Tylko Runge wyraźnie doradza, prócz innych sposobów, „założyć hak tępy na punkt najniższy kręgosłupa. Pociągając mocno za hak, sprowadzamy zwichnięcie kręgosłupa, przegięcie jego i wyciągamy płód złożony we dwoje (cum duplicato corpore)“. U Kaltenbacha zaś znajdujemy wzmiankę, że po wypatroszeniu opróżniony tułów staje się bardziej giętki.

Kiedy po raz pierwszy w 1896 roku zastosowałem (Bor sukiewicz) w praktyce wiejskiej wydobycie wypatroszonego martwego płodu na sposób „złożonego we dwoje płodu i samoistnego wytoczenia się płodu,“ sposób opisany przez Rungęgo nie był mi jeszcze znany.

W zwężeniach miednicy średniego stopnia, a w tych właśnie razach omawiany sposób ma największą wartość praktyczną, nawet prawidłowe czaszkowe położenia radzą zmieniać na pośladkowe (obrót zapobiegawczy), który to zabieg prócz szybszego roztwarcia macicy i prędszego przeprowadzenia główki przez kanał porodowy dla ratowania życia dziecka, daje jeszcze tę korzyść, że łatwiej jest zastosować siłę pociągającą do główki za pośrednictwem kręgosłupa, niż bezpośrednio do główki swobodnej w macicy, ponieważ główka taka nie łatwo daje się unieruchomić dla zastosowania kleszczy, zmiażdżacza główki, zmiażdżacza czaszki, haka.

Stąd też powinniśmy cenić to połączenie głowki z tuło-

wiem, które nam umożliwia zastosowanie bezpośredniej siły pociągającej, (z dołączeniem rękoczynów Veit-Smelliego, Wigand-Martina), lub przez unieruchomienie główki w wejściu do miednicy ułatwia nałożenie kleszczy na główkę, idącą na ostatku, lub wreszcie przebicie czaszki. Zmierzam do tego, że dla ułatwienia sobie zabiegu wywiązywania główki nie powinniśmy pozbywać się dobrowolnie tej prawdziwej dźwigni, jaką przedstawia połączenie tułowia z główką dziecka (Chailly-Honore, Fritsch).

Kto chociaż raz jeden miał rzetelny kłopot z wydobyciem wolnej główki z macicy, ten z pewnością będzie chwytał się każdego sposobu, byle uniknąć oddzielenia główki, t. j. stwarzania sobie świadomie takich właśnie tylko co wspomnianych trudności z główką wolną. Tembardziej, że poćwiertowanie płodu dotąd, poza oddzieleniem główki, nie posiada dość ściśle opracowanych metod operacyjnych i pozostawia każdemu akuszerowi dużo swobody i osobistego zapoczątkowania. Zdaniem Fritscha, kto przyzwyczaił się do stosowania pewnego sposobu z powodzeniem, ten nie będzie uważał za potrzebne studyować i zastosowywać inne sposoby, które uważa nawet za nieprawidłowe.

W pierwszych latach mojej (Borsukiewicz) praktyki wiejskiej, trafiłem na przypadek 1-ej odmiany 1-go poprzecznego położenia u kobiety 2-gi raz rodzącej w wiejskiej chacie. Akuszerka, wezwana o kilka godzin wcześniej, zażądała pomocy lekarskiej. Poród trwał 4 dni, wody odeszły około doby przed mojem przybyciem, dziecko nieżywe, prawa rączka nazewnątrz, prawe ramię mocno wklinowane, główka w lewej stronie wysoko nad wejściem, obok ramienia wdaje się prawy boczek, t. j. klatka piersiowa tak mocno, że po żebrach można było dotrzeć palcami aż do łuku żebrowego. Do szyi dotrzeć było trudno. Zdecydowałem się na wykonanie rozcięcia kręgosłupa płodu. W tym celu wykonałem wypatroszenie, robiąc otwór w klatce piersiowej jak najniżej nożyczkami Scanzoniego, usunąłem zawartość jamy klatki piersiowej, następnie brzusznej, do czego wystarczyła manipulacya dwoma palcami. Potem, obawiając się stosować ostre narzędzie (nożyce) w głębi jamy macicy dla przecięcia kręgosłupa, włożyłem przez otwór w klatce piersiowej hak tępy Smelliego, aby zaczepić za krę-

gosłup i, pociągając, zbliżyć kręgosłup do otworu w celu bezpiecznego przecięcia kręgów nożycami. Tymczasem podczas pociągania hakiem za kręgosłup zjawił się skurcz macicy, który to skurcz wraz z pociąganiem haka spowodował zwichnięcie kręgosłupa w części lędźwiowej tegoż tuż pod żebrami. Płód złożony we dwoje w ten sposób, że miednica dziecka opierała się o opróżnioną klatkę piersiową, nie zaś o główkę, osunął się do małej miednicy,—i bez użycia dużej siły z mojej strony, za pomocą skurczu macicy pośladki opuściły się do pochwy, dokonał się obrót na sposób samoistnego wytoczenia się płodu, pośladki ukazały się w szparze sromnej, nóżki wypadły, i potem miałem zwykły stan, jak po obrocie, ponieważ pomimo zwichnięcia kręgosłupa części miękkie nie były przerwane. Sprowadzenie drugiej rączki i wytoczenie główki nie nastręczało trudności. Płód okazał się donoszonym chłopcem długości 51 ctm., z obwodem i wymiarami główki zwykłymi.

Odtąd starałem się w każdym następnym podobnym przypadku z rozmysłem dążyć do takiego samego rozwiązania, przyczem nie zawsze natura przychodziła z równie skuteczną pomocą; wypadało nieraz dobrze pociągać hakiem, aby zwichnąć kręgosłup i złożyć tułów we dwoje. Swojemi wróżeniami podzieliłem się z sąsiadem kolegą Chociatowskim z Horochowa, który niezależnie odemnie widział podobny mechanizm porodu, tylko zastosowywał nożyce kostne dla przecięcia kręgosłupa. Odtąd zaczął stosować w praktyce hak tępy Brauna i zaniechał zupełnie praktykowanego poprzednio czasem oddzielenia główki. W ciągu 12 lat Borsukiewicz wykonał takich operacyi 12, Chociatowski 16—wszystkie z wynikiem pomyślnym dla matek. Wszystkie te operacje odbyły się bez pomocy drugiego lekarza i, z wyjątkiem trzech, bez usypiania chloroformowego. W razie konieczności uśpienia wykonywał to felczer lub akuszerka. W czterech przypadkach wypadło nałożyć kleszcze na główkę idącą naostatku, w 1 przebić główkę. Z tych 28 kobiet były 3 pierwiastki, które wszystkie musiały być chloroformowane, gdyż trudno było dotrzeć do klatki piersiowej dla wykonania przedziurawienia. Natomiast u wieloródek zdarzały się takie znaczne wklinowania boku płodu, że niekiedy udawało się przedziurawić wprost ścianę brzucha, omijając klatkę piersiową, co ułatwiało sprawę. W tych

razach zbyteczne było czasem opróżnianie klatki piersiowej, wystarczało wypatroszenie brzucha. Pęknięcie macicy nie zdarzyło się ani razu.

Trzymając się wyżej opisanej metody ani razu nie wykonaliśmy z rozmysłem oddzielenia główki. W ciągu 12 lat nie udało się Borsukiewiczowi wykonać tej operacyi jeden raz tylko—u pierwiastki ze skurczem macicznym (tetanus uteri), którego nawet uśpienie chloroformowe nie osłabiło. Był on zmuszony z wielkim mozołem wykonać detrunkacyę w średniej części klatki piersiowej, do szyi bowiem również nie można było dotrzeć. Operacja trwała dwie godziny, przyczem pokaleczył on sobie palce nie tylko nożyczkami, ale i ostrymi odłamami żeber płodu. Zejście dla matki i w tym przypadku było pomyślne.

Po za tem we wszystkich innych napotkanych przypadkach dało się uniknąć i oddzielenia główki i innych sposobów. Największą trudność przedstawiało zastosowanie tej metody u pierwiastek, ponieważ niepodatne ściany pochwy i macicy nie dawały swobodnego dostępu dla wykonania przebicia i wypatroszenia; co prawda, w tych samych przypadkach niełatwo dotrzeć także do szyi płodu.

Korzyści stosowanej przez nas metody polegają na 1) unikaniu wprowadzenia do macicy ostrych narzędzi, 2) unikaniu wprowadzania całej ręki i 3) ułatwieniu usuwania główki.

Co do pierwszego, to nie jest rzeczą obojętną, czy manipulujemy po ciemku w macicy ostremi, czy tępemi narzędziami. Nawet Skutsch, zwolennik użycia ostrego, sierpowatego noża Schultzego do oddzielenia główki, utrzymujący, że tylko przez złą technikę operator może poranić rodzącą lub siebie, dodaje, że używający nożyc do oddzielania główki za radą Fritscha z trudnością unika poranienia palców. W stosowanej przez nas operacyi używa się tylko jedyne ostre narzędzie—nożyczki zgięte, albo za radą Chociatowskiego — perforator Błota, i te wprowadza się nie głęboko pod przykryciem 2 palców od strony macicy dla dość obszernego przedziurawienia klatki piersiowej, o ile możności—w dolnej jej części, lub jamy brzusznej, co dostępniejsze. Reszta dokonywa się tępym hakiem, także zresztą pod przewodnictwem 2 lub 4 palców, a to w tym celu, by zapewnić się, czy hak mocno się zaczepił

za kręgosłup. Skutsch zarzuca metodzie pociągania hakiem za pośladkową część płodu, wprawdzie w celu obrotu a nie zwichnięcia kręgosłupa, a Kaltenbach także pokręcaniu tępym hakiem za lędźwiową część kręgosłupa, że wystawia się macicę na niebezpieczeństwo rozdarcia od ucisku. Na większe wszak· że niebezpieczeństwo naraża się macica w przebiegu oddzielania główki szczególnie zapomocą haka Brauna, gdyż głowka, jako ciało twarde, może wywrzeć silniejszy i szkodliwszy ucisk na macicę, niż pośladki, tembardziej, że macica nad główką jest bardziej ścieńczona, niż nad innemi częściami płodu, o czem także mówią Fritsch i Küstner. Zresztą i Skutsch z tego samego powodu oddaje pierwszeństwo użyciu ostrego noża Schultzego do oddzielenia główki.

Druga korzyść omawianego zabiegu — unikanie wprowadzania całej ręki do jamy macicy—jest ważna z dwóch względów: ze względu na brak miejsca w macicy, gdyby bowiem było miejsce, robionoby obrót, czyli ze względu na oszczędzanie macicy nadmiernego rozciągania, powtóre ze względu na aseptykę zabiegu. Oddzielenie główki każdym sposobem wymaga wprowadzenia ręki do macicy, aby objąć palcami szyję płodu i pod ich przykryciem działać tym czy owym narzędziem. Do przedziurawienia klatki piersiowej lub brzucha wystarcza kontrola dwóch palców, do wypatroszenia zwykle również—2 lub 4 palców i do założenia tępego haka na kręgosłup przez zrobiony otwór także 2 lub 4-ch palców. Po zatem we wszystkich tych manipulacjach ręka prawie nie dotyka śluzówki macicy, nawet jeśli wyjątkowo zachodzi konieczność użycia całej ręki, gdyż działa tylko wewnątrz płodu. Wskutek tego zabieg jest tak mało bolesny dla rodzącej, że po większej części można wykonać całą operacyę bez uśpienia rodzącej, czyli obejść się bez pomocnika i nie narażać wyczerpanej kobiety na jedno niebezpieczeństwo więcej. Do wykonania oddzielenia główki uśpienie jest nieuniknione.

Co do aseptycznego postępowania, to niema potrzeby powoływać się na złe warunki miejsca i otoczenia, w którem się operuje, a dość przypomnieć, że pochwa zawsze zawiera drobnoustroje chorobotwórcze i nie da się doszczętnie odkazić, aby mieć obawę przed każdem wprowadzaniem ręki przez pochwę do macicy i zaniesieniem do niej drobnoustrojów z pochwy.

O trzecim punkcie, t. j. o wydobywaniu swobodnej główki z macicy po oddzieleniu tejże, była mowa na wstępie niniejszej rozprawy. Gdy dla jakichbądź powodów nie można wykonać wydobycia złożonego płodu, to dobrze jest, wykonując torakotomię, zostawić za radą Leopolda bodaj jedną rękę wraz z ramieniem i szyją dla ułatwienia usunięcia, a przynajmniej unieruchomienia główki w wejściu do małej miednicy.

W wykonywaniu wyżej opisanej operacyi trzeba mieć na względzie kilka praktycznych wskazówek. Przedziurawienie klatki piersiowej należy wykonać jak najniżej, a to aby mieć tem łatwiejszy dostęp przez zrobiony otwór do przepony w celu przebicia jej palcami i usunięcia zawartości jamy brzucha, a także żeby tem łatwiej było można zaczepić hakiem możliwie poprzecznie kręgosłup w części lędźwiowej; wówczas zwichnięcie kręgosłupa przez proste pociąganie jest łatwiejsze, niż dzięki użyciu siły w kierunku ukośnym w stosunku do kręgosłupa. U wieloródek warunek ten łatwiejszy jest do dotrzymania, niż u pierwiastek. Im dłużej trwa poród, i im silniej jest wklinowane ramię do małej miednicy, tem większa część zgiętego boku wdaje się w miednicę, i tem łatwiej jest dostać się do łuku żebrowego, czasem nawet wprost do jamy brzusznej (Fritsch).

Chociatowski radzi w razie niezginania się kręgosłupa od pociągania, skombinować pociąganie z bocznymi ruchami haka około podłużnej osi narzędzia. Rzeczywiście, ostrożne ruchy obrotowe w obie strony łącznie ze stałym pociąganiem mogą ułatwić zwichnięcie kręgosłupa. Po zaczepieniu haka za kręgosłup płód wykonywa po większej części obrót około swojej podłużnej osi, gdyż plecy dziecka czy to z przedniej, czy tylnej ściany macicy zwracają się ku dołowi. Wówczas dopiero dobrze jest dodać ruchy obrotowe hakiem, gdyż wtedy nie zagraża już ześlizgnięcie się tegoż.

Reszta dokonywa się zgodnie z wyżej opisanym mechanizmem t. j. płód złożony we dwoje, tak że miednica jego swoją przednią stroną opiera się o dolną część klatki piersiowej, opuszcza się tylko do wyjścia z małej miednicy, a gdy pośladki ukazały się w szparze sromnej, dopełnia się samodzielnie obrót (evolutio spontanea), pośladki, a za nimi nóżki wypadają, i stwarza się stan, jak po zwykłym obrocie.

Dla streszczenia niniejszej pracy wyprowadzamy z niej następujące wnioski.

1. Przeważnie stosowane dotychczas w praktyce klinicznej i szpitalnej oddzielenie główki płodu jest operacyą trudną do wykonania nawet w dobrych warunkach, tem trudniejszą i niebezpieczną dla rodzącej w praktyce wiejskiej.

2. W operacyi wypatroszenia płodu i zwichnięcia kręgosłupa lekarz-praktyk ma ułatwiony sposób wydobycia martwego poprzecznie położonego płodu wobec niemożności obrotu bez narażania rodzącej i siebie na niebezpieczeństwo od działania ostremi narzędziami, z mniejszem narażeniem na zakażenie, i bez stwarzania sobie kłopotu z wydobywaniem swobodnej główki z macicy.

3. Niebezpieczeństwo rozdarcia macicy przez zastosowanie tępego haka do lędźwiowej części kręgosłupa nie jest większe, niż do szyjowej.

4. Zastosowanie tej metody daje możność zupełnego zaniechania oddzielania główki.

5. W tych razach, kiedy zachodzi trudność dostania się do dolnej części klatki piersiowej w celu przedziurawienia tejże, istnieje także trudność dostania się do szyi płodu; w obu przypadkach zachloroformowanie rodzącej może ułatwić sprawę. W wykonaniu wypatroszenia jednak przeważnie daje się uniknąć usypiania rodzącej, czego nie da się powiedzieć o oddzieleniu główki, gdzie usypianie jest prawidłem.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O kamieniach w moczowodach

opracował

ANTONI LEŚNIOWSKI.

Jak to widać z odnośnego piśmiennictwa, od b. niedawna dopiero zwrócono należytą uwagę na kamienie, przebywające w moczowodach, i poniekąd wyodrębniono tę sprawę chorobową w osobną jednostkę kliniczną. Jakkolwiek nie napotkałem u autorów wskazówek co do tego, jak często spotyka się kamienie, tkwiące w moczowodach, to jednak zdaje się, że jest to choroba, bynajmniej nie należąca do rzadkich.

Kamienie, napotykane w moczowodach, bywają pod względem pochodzenia swego pierwotne i wtórne.

Kamienie pierwotne, zdaniem autorów, zdarzają się b. rzadko; po największej części składają się z fosforanów, nie dosięgają dużych wymiarów, zazwyczaj nie doprowadzają do zamknięcia światła moczowodu. Podług Blocha, do powstania pierwotnego kamienia w moczowodzie jest potrzebna tam obecność ciała obcego, które służy wówczas za jądro kamienia, już to—obecność blizny, już to—uszkodzeń, spowodowanych kamieniem, który poprzednio przesunął się przez moczowód.

Kamienie wtórne—powstają w nerce, wzgl. w miedniczce. Dodać należy, że zazwyczaj kamień, tkwiący w moczowodzie, nie jest w ustroju pojedynczy, lecz jednocześnie istnieją w nim inne, nieraz liczne, kamienie w miedniczce lub moczowodzie. Można je niekiedy wykazać za pomocą fotografii rentgenowskiej, wskazuje na to również obecność powierzchni ściankowatych (facettes) na kamieniu.

W celu łatwiejszego oryentowania się w losach kamienia, dostającego się z miedniczki nerkowej do moczowodu, przypomnijmy sobie niektóre szczegóły z anatomii moczowodów.

Moczowód zaczyna się w szyi miedniczki nerkowej i kończy się w pęcherzu moczowym wylotem moczowodowym. Moczowód zdąża od miedniczki najpierw prawie pionowo, nieco ku przodowi i — ku wewnątrz aż do linii bezimiennej, czyli do wejścia do małej miednicy; tu krzyżuje od przodu już to tętnicę biodrową wspólną w miejscu jej rozgałęzienia się, już to tętnicę biodrową zewnętrzną. W ten sposób moczowody najpierw powoli zbliżają się ku sobie i przy wejściu do małej miednicy odległość pomiędzy nimi wynosi 5 cm. Wchodząc do małej miednicy moczowód zdąża na niedużej przestrzeni w dalszym ciągu w kierunku pionowym, następnie moczowody oddalają się od siebie, gdyż odchylają się na zewnątrz i przylegają do bocznej ściany małej miednicy. Wzdłuż tej ściany biegną do wysokości kolca kulszowego (spina ischiadica); tu energicznie zmieniają kierunek, bowiem raptownie zaginają się ku przodowi i ku wewnątrz, zbliżając się wzajemnie ku sobie i ku dolnej części pęcherza moczowego. Ta raptowna zmiana kierunku prowadzi do poważnego załamania się moczowodu. Ma ono duże praktyczne znaczenie dla chirurga: tu niekiedy zatrzymują się kamienie, tu łatwo dochodzi do znacznych zwężeń w następstwie spraw zapalnych przymoczowodowych. Na wysokości tedy kolców kulszowych są moczowody najbardziej oddalone od siebie, tu odległość pomiędzy nimi wynosi w przecięciu 10 cm. W miejscu wkroczenia moczowodów do ściany pęcherza moczowego są moczowody w odległości 4 cm. jeden od drugiego, wyloty zaś pęcherzowe moczowodów są odległe od siebie na mniej więcej 2 cm.

Przeciętna długość moczowodu wynosi, podług Albarrana, 25 cm., podług zaś Frischa i Zuckerkandla 28—34 cm. Co się tyczy wymiarów średnicy światła moczowodu, to pod tym względem daje się wyodrębnić 2 typy. W jednym z nich rurka moczowodowa jest mocno zwężona w 2 miejscach: w szyi miedniczki, czyli w górnym początkowym odcinku moczowodu, gdyż średnica wynosi tu 2 mm., i w miejscu wkroczenia moczowodu do ściany pęcherza moczowego, gdzie średnica waha się od 1 do 5 mm. W drugim typie, prócz tych 2 miejsc, istnieje i trzecie zwężenie, mianowicie w miejscu wejścia moczowodu do małej miednicy; tu średnica światła równa się 3—4 mm. Pomiędzy wspomnianemi zwężeniami moczowód jest

wrzecionowato rozszerzony, i tu średnica dosięga w przecięciu 6 mm.

W celach praktycznych rozróżniamy następujące odcinki moczowodu: 1., odc. lędźwiowo-biodrowy czyli brzuszny od szyi miedniczki do wejścia do małej miednicy, 2., odc. biodrowo-miedniczy w miejscu, gdzie moczowód krzyżuje tętnicę biodrową, 3., odc. miedniczy, i 4., odc. wewnątrz-pęcherzowy. Ściana moczowodu jest zaopatrzona w b. mocno rozwiniętą błonę mięśniową.

W jakim odcinku moczowodu spostrzega się najczęściej utknięcie kamienia? Podług Tenneya, na 134 opisane przypadki tego rodzaju w 35 kamień siedział w zwężeniu górnem, 18 razy—w środkowem i 73 w dolnem. Bloch, opisując 33 przypadki Israela, powiada, że 11 razy miano do czynienia z uwięźnieniem w zwężeniu górnem, 8 razy w miejscu skrzyżowania przez moczowód kresy bezimiennej i 14 razy w pobliżu pęcherza moczowego. Możnaby stąd poniekąd wnioskować, że najczęściej kamienie bywają uwięzione w dolnem zwężeniu moczowodu, prawdopodobnie dla tego, że jest to najwęższa część moczowodu.

Kamień, dostając się z miedniczki do moczowodu i przesuwając się wzdłuż tegoż, a nawet zatrzymując się w nim, już to nie powoduje objawów, już to, gdy jest dość duży, gdy ma chropawą powierzchnię—wywołuje szereg przypadłości. Dzięki energicznym ruchom robaczkowym moczowodu kamień zdąża powoli ku pęcherzowi moczowemu; rzadko może być przepchnięty z powrotem do miedniczki nerkowej.

Skoro dostał się do moczowodu odpowiednio duży kamień, może w nim utknąć. Dodać muszę, że widziano i b. nieduże kamienie, uwięzłe w moczowodzie, i nawet powodujące zupełne zamknięcie światła moczowodu, bezmocz.

Utknięcie kamienia przytrafia się przedewszystkiem w miejscach, gdzie moczowód w warunkach prawidłowych jest zwężony. Do miejsc takich, jak to widzieliśmy wyżej, należy początkowy i końcowy odcinek moczowodu. Trzecie tego rodzaju miejsce odpowiada odcinkowi moczowodu biodrowo-miedniczemu, wreszcie czwarte—jest to załamanie się moczowodu w pobliżu kolca kulszowego. Tego ostatniego rodzaju uwięźnienie kamienia w moczowodzie nosi nazwę przykulszowego.

Z pośród uwięźnień w najdolniejszym odcinku moczowodu są rozróżniane: uwięźnienie w części obokpęcherzowej, w części śródściennej i w części wewnątrzpęcherzowej. Kamień, tkwiący w śródściennej części moczowodu, powoduje wrzecionowate wypuklenie się odpowiedniego odcinka ściany pęcherza moczowego. Uwięźnienie w odcinku wewnątrzpęcherzowym moczowodu daje 2 obrazy cystoskopowe: w jednych przypadkach kamień wypukla na sobie śluzówkę moczowodu i pęcherza moczowego i sterczy wówczas do jamy pęcherza w postaci guza uszypulonego, pokrytego śluzówką; w innych—część kamienia tkwi w moczowodzie, druga zaś—wygląda swobodnie do jamy pęcherza moczowego. W tych ostatnich przypadkach niekiedy część wewnątrzpęcherzowa jest spłaszczona, i wtedy kamień ma postać grzyba.

Kamień pozatem może zatrzymać się i w innych odcinkach moczowodu, o ile uległy one zwężeniu. Zwężenia takie powstają już to dzięki przeszkodom, tkwiącym wewnątrz moczowodu: do nich należą wrodzone klapki i przewężenia, zwężenia zapalne i bliznowe; już to—na zewnątrz moczowodu: są to guzy oraz nacieki zapalne i blizny, położone w pobliżu ściany moczowodu i uciskające tenże.

Kamienie, uwięzione w moczowodzie, mogą rozrastać się wskutek dalszego nawarstwiania się soli fosforowych. Rovsing usunął z moczowodu kamień, długości 18 cm., Israel wydobył z moczowodu kamień wagi 54,4 grm., długi na 13 cm., gruby na 9 cm. Fedoroff opisał przypadek, w którym kamień miał aż 19 cm. długości, w przecięciu—1,5 cm. średnicy, ważył zaś 52 grm; w przypadku Pozziego kamień, który siedział w dolnym odcinku, miał długości 11 cm. i ważył 34,57 grm.

Kamień, tkwiący w moczowodzie, prowadzi do zaburzeń: I) w miejscu uwięźnienia i II) w wyżej położonym odcinku dróg moczowych.

W miejscu uwięźnienia, powodując stały ucisk, prowadzi w pewnych razach do zaniku ściany moczowodu. W innych, o wiele częstszych przypadkach, wywołuje najpierw zapalne obrzmienie śluzówki, następnie owrzodzenie tejże. W dalszym ciągu sprawa zapalna szerzy się na głębsze warstwy ściany moczowodu, następnie na tkankę przymoczowodową. Zapalenie nie ogranicza się do miejsca uwięźnienia kamienia, lecz

szerzy się na wyżej położone odcinki moczowodu. W następstwie długiego trwania sprawy zapalnej ściana moczowodu znakomicie grubieje, twardnieje, nader ściśle zrasta się z tkankami i organami sąsiadującymi, jak to z otrzewną, kiszką, naczyniami krwionośnemi. Owrzodzenie w miejscu utknięcia kamienia, zabliźniając się częściowo lub całkowicie, prowadzi do mniej lub bardziej zupełnego zamknięcia światła moczowodu, jak to miałem możność spostrzegać w pewnym przypadku. Powierzchnia owrzodzeń czasami pokrywa się złogami soli. W innych jeszcze przypadkach owrzodzenie śluzówki, wywołane uwięzłym kamieniem, szerzy się w głąb coraz bardziej, doprowadza do przedziurawienia ściany narządu, do ropni przymoczowodowych, do zacieków moczowych. W ropniach i zaciekach stąd powstałych można wówczas znaleźć czasami wypadły z moczowodu kamień.

Zależnie od tego, czy kamień zamyka światło moczowodu całkowicie, czy częściowo; czy cała sprawa przebiega jałowo, czy też dołączyło się zakażenie, może powstać zamknięte lub otwarte wodo-lub roponercze. Tu należy zauważyć, że z faktu zupełnego zamknięcia światła moczowodu wcale nie możemy wnioskować o wymiarach zamykającego światło kamienia. Jak to wspominałem wyżej, są znane przypadki, w których znaleziono w moczowodzie kamyki, wielkości ziarnka grochu i mniejsze, które to kamyki spowodowały całkowite zamknięcie światła moczowodu i zupełny bezmocz. Odwrotnie widywano w moczowodach kamienie niezwykle dużych wymiarów, jak naprzykład przytoczony wyżej w przypadku Fedoroffa, pomimo obecności których światło moczowodu nigdy nie uległo zupełnemu zamknięciu. Podobny przypadek opisał Jacobs. Chorą operowano z powodu rzekomego ropnia jajnika, jakoby pozostającego w łączności z pęcherzem moczowym. Operacya atoli pokazała, że narządy rodne są zupełnie zdrowe, natomiast w lewym moczowodzie, w odległości 6 cm. od ściany pęcherza mocz., tkwił kamień wagi 44 grm., który wcale nie przeszkadzał w odpływaniu moczu.

W innych przypadkach kamień, uwięziony w moczowodzie, powoduje często powtarzające się, przepuszczające zatrzymanie moczu. W takich razach, zbierając mocz w równych odstępach czasu kilkakrotnie w ciągu doby, otrzymujemy b. zmienne ilo-

ści moczu. Obfity mocz, zebrany po napadzie zatrzymania tegoż—zawiera białko, czerwone ciałka krwi, ciałka ropne.

Ciężkie napady bezmoczu występują wówczas, gdy ulegają zatkaniu jednocześnie oba moczowody, co przytrafia się rzadko, lub wtedy, gdy jest zatkany moczowód jednej nerki, drugiej zaś nerki brak zupełny, lub jest ona niezdolna do wykonywania swej czynności. Pozatem bywają spostrzegane bezmocze t. zw. odruchowe, t. j. takie, gdzie mechanicznemu zatkaniu uległ moczowód na jednej stronie, drugostronna zaś nerka, zupełnie prawidłowa pod względem swojej budowy, przestała wydzielać mocz na drodze odruchowej. Sprawa odruchów nerkowych nie jest dotychczas wszechstronnie wyświetlona. Zasługują tu na wspomnienie fakty, otrzymane za pomocą doświadczeń przez Spallittę. Ustalił on, że u psa zawiązanie moczowodu tuż poniżej miedniczki powoduje zupełne zatrzymanie się wydzielania moczu, i nawet w nerce drugiej strony. Bezmocz taki trwał 40—48 godzin, po nim zjawiało się nadmierne wydzielanie się moczu, którego pierwsze ilości zawierały cukier. Zdaniem Vulpiana, odruchowy bezmocz bywa spowodowany za pośrednictwem włókien nerwów, zawartych w nerwach trzewnych — włókien zwężających naczynia i nerwów wydzielniczych nerki na skutek wywołania skurczu spastycznego tętnic nerkowych lub, być może, w następstwie powstrzymania pracy wydzielniczej nabłonków nerkowych. Spallitta widzi tu odruchowe zatrzymanie wydzielania. Wielu autorów jednak odrzuca tego rodzaju bezmocz odruchowy. Niektórzy bezmocz rzekomo odruchowy tłomaczą w ten sposób, że czasami zakażenie, dołączające się raptownie do jałowej dotychczas sprawy w jednej, chorej nerce wśród ciężkich objawów gorączkowych, nie tylko niszczy wydzielający miąższ tej właśnie nerki, lecz na drodze toksycznego, miąższowego zapalenia b. szybko upośledza czynność drugostronnej, dotychczas zdrowej nerki.

Bezmocz nerki, której moczowód uległ zatkaniu, nie jest następstwem mechanicznego zatrzymania moczu, lecz powstaje wskutek tego, że miąższ nerki przestał wydzielać mocz. Zamknięcie światła moczowodu prowadzi do zastoiny żylnej w nerce; w następstwie tego znakomicie wzrasta ciśnienie wewnątrznerkowe, naczynia włoskowate ulegają uciśnięciu, wy-

dzielanie się moczu ustaje. Dla tego też powiększenie się objętości nerki nie jest następstwem zastoiny moczowej, lecz zastoiny żylnej w narządzie. W pewnych przypadkach bezmoczu widziano nerkę wielkości głowy dziecka. W przebiegu operacyi z przeciętej miedniczki wypłynęła zaledwie odrobina moczu, natomiast nerka była ciemno-sina, z przecięcia niezmiernie obficie płynęła ciemna, żylna krew. Ta zastoina żylna, trwając pewien czas, prowadzi do trwałych zmian w nabłonku nerkowym, które to zmiany już mogą nie zniknąć, nabłonek może nie powrócić do stanu prawidłowego, gdy wykonamy zapóźno cięcie nerki, pomimo że warunki ciśnienia wewnątrznerkowego stają się wówczas znów prawidłowe.

Doświadczenie pozwala ustalić, że bezmocz bywa najczęściej powodowany przez kamienie, które uwięzły w lędźwiowej części moczowodu. Podług Morrisa, z pośród 47 przypadków bezmoczu, spowodowanych przez kamień, siedzący w moczowodzie, 30 razy chodziło o kamienie w górnym odcinku, 7 razy w części środkowej, 10 razy w dolnej. Legueu pisze, że z pośród 23 przypadków—13 razy chodziło o kamień, usadowiony w górnym końcu moczowodu, 4 razy w odcinku środkowym, 6 razy w końcu dolnym. Śród 21 przypadków Tenneya w 11 kamień mieścił się w górnym odcinku moczowodu, 4 razy—w środkowym, 6 razy w dolnym.

Kliniczny przebieg bezmoczu, wywołanego kamieniem, tkwiącym w moczowodzie, pozwala wyodrębnić 3 okresy. Pierwszy—okres kurczowej kolki. Moczowód, kurcząc się gwałtownie, stara się wydalić kamień. Okres ten trwa zazwyczaj niedługo. Następuje po nim okres znoszenia (tolerancyi) obecności kamienia w świetle moczowodu. Pacyent czuje się dobrze, może nawet wydalać w ciągu doby kilkanaście centymetrów sześciennych moczu. Okres ten może trwać kilka dni, nieraz dłużej, niż tydzień. Biorąc rzecz powierzchownie, można wówczas sądzić, że nastąpił powrót do zdrowia. Wreszcie zjawia się okres mocznicowy. Chory zaczyna wskazywać, że trapią go nieznośne bóle głowy, wzrastające osłabienie. Na ostatku występuje śpiączka, zapaść, wymioty, osłabienie mięśnia sercowego. Śmierć zjawia się po upływie 5—6 dni, czasami raptownie.

Kamienie w moczowodzie, nie zupełnie zamykające świa-

tło tegoż, dają objawy, do objawów kamienia tkwiącego w miedniczce nerkowej podobne. Bardziej na korzyść kamienia tkwiącego w moczowodzie, niż w miedniczce, przemawiają wspomniane wyżej często powtarzające się, przemijające napady zatrzymania moczu, jak również napady dreszczów i gorączki. Israel tłomaczy je w ten sposób, że tu łatwiej, niż w kamieniach miedniczkowych, dochodzi do ropienia w miedniczce, wzgl. i w nerce. Również na korzyść kamienia w moczowodzie przamawia niezwykle mocno wyrażone czuciowe i ruchowe promieniowanie do pęcherza moczowego i do cewki moczowej. Promieniowanie to bywa zazwyczaj ściśle jednostronne, nie przekracza linii pośrodkowej ciała. W przerwach pomiędzy napadami prawie zawsze zwraca na się uwagę pewien ból dość wyraźny, zjawiający się, lub wzmagający się w położeniu pionowem.

Kamienie, całkowicie zatykające światło moczowodu, powodują napady kolki o wiele gwałtowniejsze, niż kamienie miedniczkowe, doprowadzają do wodo wzgl. ropo-nercza, wreszcie dają czasami zupełny bezmocz. Czasami wykrywamy na przebiegu moczowodu zupełnie określony punkt bolowy, odpowiadający miejscu utknięcia w nim kamienia. Ból od kamienia, uwięzłego w prawym moczowodzie, może być brany za ból od chorego wyrostka robaczkowego. Do rozpoznania różniczkowego pomaga nam następująca okoliczność: jeżeli ból pochodzi od kamienia w moczowodzie, to wzmaga się on, skoro uciskamy nerkę lub miedniczkę, albo też od dołu przez pochwę lub odbytnicę dolny odcinek moczowodu; natomiast, jeżeli ból jest pochodzenia wyrostkowego, to wzmaga go raptowne uciśnięcie okrężnicy (Rovsing).

Następnie, ból moczowodowy wywołuje się uciskaniem o wiele bardziej głębokiem, niż ból wyrostkowy. Badanie to, podług Taddei, należy wykonać w sposób następujący. Najpierw określamy na skórze brzucha przebieg tętnicy biodrowej wspólnej i zewnętrznej, a to łącząc linią prostą pępek z punktem na więzie Pouparta, położonym na 1 cm. ku wewnątrz od środka tego więzu. Na 4 cm. poniżej pępka na linii tej wyczuwamy tętnienie tętnicy. Na miejsce to kładziemy rękę odwrotnej strony (prawą na lewej stronie i odwrotnie), i podprowadzamy pod nią drugą rękę, powoli zanurzając w głąb palce. Jeżeli mo-

czowód jest chory, zjawia się ból, gdyż palcami przyciskamy go do głęboko położonej powierzchni kostnej. Rzadko bywa możliwe wykryć kamień w moczowodzie za pomocą bezpośredniego macania zewnętrznego; kamień musi być do tego dość duży, powłoki brzucha wiotkie i chude.

W zwykłych warunkach nie udaje się wymacać od zewnątrz moczowodu. W przypadkach mocnego zgrubienia moczowodu, wywołanego tkwiącym w nim kamieniem, udaje się wymacać w sprzyjających warunkach górny, przynerkowy odcinek moczowodu, częściej zaś—dolny odcinek od strony pochwy lub odbytnicy. Czasami, obmacując dwuręcznie, możemy namacać i sam kamień. Jednak nie każde stwardnienie, wykrywane palcem na przebiegu moczowodu, należy brać za kamień. Nie tylko bowiem rozmaite ograniczone zgrubienia przymoczowodowe, jak naprz. w gruźlicy moczowodu, lecz nawet ograniczone skurczenie się moczowodu może łatwo wprowadzić w błąd lekarza badającego.

Pozzi i Proust mocno zalecają rozdzielanie pęcherza mocz. za pomocą rozdzielacza Luysa: sądzą oni, że w ten sposób pewniej, niż za pomocą cewnikowania moczowodów, można wykazać, czy i o ile kamień powoduje niedrożność moczowodu.

Zgłębnikowanie moczowodu czy to od strony pęcherza moczowego, czy to od strony miedniczki, wówczas tylko niezbicie dowodzi obecności kamienia w moczowodzie, gdy wyczuwa się wyraźnie tarcie się zgłębnika o kamień. Cabot łączy cewnik moczowodowy, zaopatrzony w przewodnik metalowy, z fonendoskopem, przez co ułatwia wykrycie za pomocą słuchu kamienia w moczowodzie.

W pewnych razach, oglądając wnętrze pęcherza mocz. za pomocą cystoskopu, możemy rozpoznać kamień, tkwiący w odcinku śródściennym moczowodu, na zasadzie owego wspomnianego wyżej wypuklenia się wrzecionowatego ściany pęcherza, lub w brodawce moczowodowej. W przypadku trwałego zupełnego zatkania moczowodu widać czasami, że śluzówka w ujściu moczowodu jest podrapana przez kamień, który przez nie odszedł.

Wreszcie niejednokrotnie udaje się wykryć kamień w moczowodzie za pomocą fotografii rentgenowskiej. Dodać należy, że pod tym względem przytrafiały się wcale nierzadko po-

myłki, stwierdzane już to w przebiegu operacyi, już to badaniem zwłok.

Powód do tego rodzaju pomyłek mogą dać najpierw kamyki żylne (flebolity.) Dowiodły tego poszukiwania Fraenkla z Hamburga, następnie sprawdzili to Harris, Fenwick. Zajmujący tego rodzaju przypadek opisali świeżo Pozzi i Proust. Kobieta 57-letnia dawała wszystkie objawy, które pozwalały rozpoznać kamień w dolnym odcinku moczowodu. Obmacywanie przez pochwę stwierdziło, że prawy moczowód jest zgrubiały i bolesny. Oględziny za pomocą wziernika pęcherzowego wykryły, że ujście prawego moczowodu jest duże, otoczone śluzówką w stanie mocnego zapalenia będącą, ujście lewego moczowodu prawidłowe. Cewnik wchodził do prawego moczowodu zaledwie na 4 cm. Rentgenogram pokazywał plamę, która leżała niedaleko miejsca wkroczenia moczowodu prawego do pęcherza moczowego. Tymczasem badanie zwłok tej kobiety stwierdziło, że dolny odcinek prawego moczowodu jest w samej rzeczy zgrubiały, ma 1 cm. średnicy, lecz w świetle tego odcinka moczowodu kamieni niema, natomiast dokładne zbadanie wykryło, że w żyle przymoczowodowej mieszczą się dwa kamyki żylne, które dały cień na rentgenogramie.

Pozatem istnieją inne źródła pomyłek. Pozzi i Proust opisują w ścianie pęcherza moczowego guziczki z soli wapnia, które na rentgenogramie dawały wyraźne plamy. Caldwell sądzi, że mogą dać na zdjęciu miednicy plamy trzeszczki (os. sesamoidea) w m. zasłaniającym; Stieda—że są to wyrostki kolca kulszowego. Te ostatnie możemy odróżnić od kamieni na tej zasadzie, że wyrostki mają postać nieprawidłową, mają budowę samego kolca. Następnie należy mieć na uwadze kamień wyrostka robaczkowego, zwapniałe gruczoły chłonne, zwapnienie oraz kości i zęby w torbielach skórzastych, ogniska zserowaciałe w więzie szerokim (Gibbon.)

Wszystko to wskazuje, jak trudno jest polegać bezkrytycznie na samym tylko rentgenogramie. Tu może dopomódz b. ścisłe badanie kliniczne. Bardzo pożytecznie jest zrobić powtórne zdjęcie rentgenowskie po wprowadzeniu do odpowiedniego moczowodu cewnika, zaopatrzonego w metalową przety-

czkę (mandryn.) Stosunek topograficzny cienia cewnika do plamy podejrzanej może nieraz rozproszyć wątpliwości.

Rokowanie zależy od tego, czy kamień pozostaje w moczowodzie czasowo, czy na stałe, czy zamyka światło moczowodu częściowo, czy całkowicie, wreszcie — od stanu drugostronnej nerki. W przypadku bezmoczu tylko na drodze operacyjnej można poprawić beznadziejne pozatem rokowanie. Niektórzy z autorów są zdania, że zwlekać z operacyą należy tu nie dłużej nad 24 godziny od wystąpienia bezmoczu z jakiegokolwiek powodu powstałego. Statystyka Legueu pokazuje, że pośród chorych tego rodzaju, pozostawionych swojemu losowi, wyzdrowiało tylko 26,5%, gdy tymczasem z pośród operowanych 66,6%.

O ile nie zachodzi potrzeba natychmiastowego zabiegu, można zastosować: leki moczopędne, wody alkaliczne, okłady gorące, ostrożne ruchy gładzące wzdłuż moczowodu. Wrazie bardzo dokuczliwej kolki — morfina pod skórę.

Do bardziej powikłanych sposobów usunięcia kamienia z moczowodu należą następujące. Więc najpierw udaje się niekiedy przepchnąć kamień z powrotem do miedniczki nerkowej za pomocą cewnika, wprowadzonego do moczowodu. W innych przypadkach, mianowicie tam, gdzie kamień mieści się w dolnym odcinku moczowodu, szczególnie tuż przy wylocie, udawało się wydobyć kamień do pęcherza za pomocą poruszania kamienia cewnikiem moczowodowym. O ile kamień mieści się w brodawce moczowodowej, zaleca Deaver u kobiet rozszerzenie cewki moczowej i wydłubanie kamienia z moczowodu palcem, wprowadzonym do pęcherza moczowego. Otrzymywano niekiedy pomyślny wynik, wprowadzając do moczowodu cewnik aż do przeszkody i wstrzykując następnie do moczowodu ciepłą wyjałowioną oliwę lub glicerynę. Udawało się również wydobyć kamień, sterczący w wylocie moczowodowym, za pomocą kleszczyków lub pętli pod kierunkiem cystoskopu. Nadzwyczaj dowcipnie poradził sobie Jahr w pewnym przypadku. Mianowicie, wprowadził on do moczowodu cewnik, zaopatrzony na końcu w cienki balonik gumowy. Cewnik posunął aż do miejsca przeszkody, i przez cewnik wstrzyknął do baloniku wodę. Po upływie 5 minut usunął cewnik. Zatrzymany poprzednio mocz zaczął odchodzić, kamień zaś przez

rozszerzony odcinek moczowodu opuścił się i utknął w części pęcherzowej tegoż. Powtórne zastosowanie cewnika, zaopatrzonego w balonik, roszerzyło ten ostatni odcinek moczowodu, i wtedy udało się J., gniotąc dwuręcznie od strony pochwy i powłok brzucha, wycisnąć kamień do pęcherza moczowego. Wyżej opisane postępowanie zaleca J. jako metodę; radzi w celu znieczulenia moczowodu wstrzyknąć doń roztwór eukainy. Zabieg ten, jakkolwiek nie łatwy w wykonaniu, zaleca się swoją nieszkodliwością. Nie należy obawiać się zamocnego rozciągnięcia moczowodu, gdyż balonik o cienkich ścianach już przed tem ulegnie pęknięciu.

W przypadkach zupełnego bezmoczu, spowodowanego kamieniem, uwięzionym w jednym moczowodzie, zaleca E. Zabel wstrzykiwanie ciepłej wyjałowionej wody do moczowodu nerki, która przestała być czynna na drodze odruchu. Widywano nieraz, że natychmiast po tem zaczynał wydzielać się mocz.

O ile jednak, pomimo zastosowania wyżej podanych sposobów, kamień nie odchodzi, o ile zaczyna rozwijać się zapalenie w miejscu uwięźnienia, zaczyna powstawać wodo- lub roponercze, szczególnie o ile bezmocz w dalszym ciągu trwa— wypadnie, możliwie nie zwlekając, uciec się do zabiegu operacyjnego.

Rozmaici autorowie zasadniczo zalecają rozmaite sposoby postępowania. Jedni radzą zaczynać od obnażenia i przecięcia nerki, której moczowód jest zatkany, w celu z jednej strony utorowania drogi dla moczu, z drugiej — dla zniesienia tak niebezpiecznego nadmiernego ciśnienia wewnątrznerkowego. Gdy stan chorego ulegnie poprawie, wypadnie wówczas dopiero poszukać w ten lub inny sposób i usunąć kamień z moczowodu. Inni — zalecają odrazu skierować się do moczowodu i usunąć zeń zatykający kamień. Inna jeszcze grupa autorów radzi jednocześnie obnażyc i naciąć nerkę, oraz niezwłocznie wyszukać kamień, tkwiący w moczowodzie, i wydobyć tenże z moczowodu. Oczywiście, ogólnego przepisu co do sposobu postępowania tu być nie może. W każdym poszczególnym przypadku wypadnie uciec się do takiego sposobu postępowania, który będzie najbardziej odpowiadał rozmaitym warunkom danego przypadku.

Skoro tedy postanowimy uciec się do zabiegu, i mianowicie zacząć leczenie od nacięcia nerki i utworzenia na razie przetoki nerkowej, musimy najpierw możliwie dokładnie określić, którą nerkę należy zoperować. Jest to zadanie łatwe, jeżeli mieliśmy do czynienia z pacyentem oddawna, jeżeli zatem oddawna wiemy, w którym moczowodzie jest uwięziony kamień. Zupełnie inaczej ma się rzecz, jeżeli znaleźliśmy się wobec chorego po raz pierwszy, chory zaś wskutek swego stanu nie jest w możności dać nam dokładnych wskazówek odnośnie przebiegu sprawy chorobowej. Tu mogą dopomódz nam następujące wskazówki praktyczne. Należy operować na tej stronie, na której mięśnie ściany brzucha są napięte, na której obmacywanie wykrywa wyraźną bolesność nerki, na której uciskanie moczowodu powoduje duży ból. Obmacywanie okolicy lędźwiowej od tyłu łatwiej wykazuje bolesność nerki, niż obmacywanie podżebrza od przodu. O ile jednocześnie znajdujemy mniej lub bardziej wyraźne powiększenie nerki, łatwo jest powziąć odpowiednie postanowienie. O ile jednak zradzają się w nas wątpliwości, o ile powstaje podejrzenie, że obie nerki są chore, należy naciąć tę nerkę, która na ostatku dawała napady kolki, bowiem nerka, która już dawno nie dokuczała choremu, jest prawdopodobnie bardziej od drugostronnej uszkodzona.

Skoro znajdujemy obie nerki powiększone, to podług jednych autorów należy naciąć bardziej obrzmiałą, podług Legueu—mniejszą, jako prawdopodobnie mniej chorobowo zmienioną. Zabieg polega zazwyczaj na obnażeniu w sposób pozaotrzewny nerki, na jej przecięciu i na włożeniu sączka do miedniczki. O zaszywaniu nerki, oczywiście, niema mowy.

O ile stan ogólny osobnika operowanego na to pozwala, możemy w przebiegu operacyi na nerce wprowadzić do moczowodu cewnik moczowodowy od strony miedniczki, w celu określenia miejsca usadowienia się kamienia. Jeżeli tkwi on w górnym odcinku moczowodu, wyosobnienie zaś moczowodu nie nastręcza dużych trudności technicznych, wówczas wyosobniamy odpowiedni odcinek moczowodu, i staramy się ostrożnie, by nie podrapać śluzówki, przesunąć kamień do miedniczki, lub też wyciągnąć kleszczykami z moczowodu. Nigdy nie należy gnieść kamienia poprzez ścianę moczowodu. Że tego rodzaju przesunięcie kamienia udaje się czasami b. dobrze, dowodzi

przypadek Barlinga. W przypadku tym mylnie rozpoznano kamień w nerce lewej. Obnażono nerkę i przekonano się, że miedniczka nerkowa i moczowód są mocno rozszerzone. Moczowód był zatkany przez kamień, który mieścił się w odległości 2,5 cm. od ściany pęcherza moczowego. Kamień ten udało się przesunąć do miedniczki nerkowej, i po nacięciu miedniczki usunąć. Szew. Zagojenie.

Gdy nie udało się przesunąć kamienia do miedniczki, możemy sprobować przepchnąć go zgłębnikiem do pęcherza moczowego. O ile i to nie udaje się, musimy na razie poprzestać na cięciu nerki, z usunięciem kamienia wstrzymując się, aż stan chorego poprawi się w stopniu należytym.

Co się tyczy usuwania kamienia z moczowodu, to, biorąc rzecz zasadniczo, musimy podzielić zabiegi, w tym celu wykonywane, na wewnątrzotrzewne i zewnątrzotrzewne. Z piśmiennictwa widać, że wewnątrzotrzewnowo operowano przeważnie w przypadkach wadliwie zrobionego rozpoznania, w przypadkach, w których stwierdzono obecność kamienia w moczowodzie dopiero po uprzedniem otworzeniu jamy otrzewnej. Nieliczni tylko autorowie operowali tak po właściwem rozpoznaniu kamienia w moczowodzie, przeważnie — w przypadkach b. dużych kamieni. W przypadkach tych zabieg polegał zazwyczaj na nacięciu otrzewnej pokrywającej moczowód, na obnażeniu moczowodu, na nacięciu tegoż, na wydobyciu kamienia, i na zaszyciu moczowodu, a następnie otrzewnej na nim. Na ogół przebieg pooperacyjny bywał pomyślny. Tego rodzaju postępowanie jednak zawsze zagraża możliwością zakażenia otrzewnej, pozatem, wymagając dokładnego zaszycia otworu w moczowodzie — możliwością następczego zwężenia światła moczowodu na miejscu szwu.

Dla tego też większość autorów doradza operowanie zewnątrzotrzewne. Co się tyczy cięcia, za pomocą którego możemy dotrzeć zewnątrzotrzewnowo do moczowodu, to do górnego odcinka najlepiej dostajemy się skośnem cięciem Kosińskiego-Bergmanna, powszechnie dobrze znanem. Do części środkowej i miedniczej daje doskonały dostęp cięcie, opisane przez Bartletta. Cięcie prowadzi się pionowo na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha aż do otrzewnej. Otrzewną, nie nacinając, odłuszczamy na tępo b. rozlegle, od przodu aż

do linii pośrodkowej, od tyłu do kręgosłupa. Na odłuszczonej otrzewnej leży moczowód. Z łatwością możemy obmacać i obejrzeć moczowód aż do ściany pęcherza moczowego. Erdmann doradza takie samo postępowanie, o tyle jednak zmienione, że po dojściu do otrzewnej nacina ją o tyle, by mógł wprowadzić do jamy otrzewnej palec, który stwierdza obecność, względnie — miejsce, gdzie siedzi kamień w moczowodzie, i wtedy dopiero, trzymając palec na kamieniu, odłuszcza otrzewną w odpowiedniem miejscu. By utorować sobie drogę do miedniczego odcinka moczowodu, uciekano się i do innych cięć Sick, chcąc usunąć u mężczyzny kamień, który mieścił się w lewym moczowodzie w odległości 6 cm. od ściany pęcherza moczowego, wyciął kość ogonową, odłuszczył i odsunął na bok odbytnicę i w ten sposób dotarł do moczowodu. Morris i inni — również uciekali się do cięcia przykrzyżowego. Zabieg, ostatnio wymieniony, w porównaniu do zabiegu, podanego przez Bartletta, jest o tyle cięższy, że wypadnie stosować go w wyjątkowych przypadkach. U kobiet można obnażyć najdolniejszy odcinek moczowodu od strony pochwy. Gradenwitz w celu wydobycia kamienia, mieszczącego się w przypęcherzowym odcinku moczowodu, naciął poprzecznie pochwę, obnażył moczowód, natrafił na zgrubiałe miejsce w moczowodzie, naciął, wydobył kamień, moczowód zaszył. Zagojenie przez rychłozrost. I inni autorowie (Munde, Gabceau, Rigby, Barnard, Freyer, Israel, Halsted i t. d.) z pomyślnym wynikiem wykonywali pochwowe cięcie moczowodu.

Po dojściu do moczowodu, obnażonego zewnątrzotrzewnowo, należy kamień w moczowodzie unieruchomić, naciąć ścianę moczowodu i kamień usunąć. Po usunięciu kamienia należy dokładnie przekonać się, czy nie zawiera moczowód innych kamieni, i czy moczowód w miejscu uwięźnienia kamienia nie jest zanadto zmieniony chorobowo. O ile znajdujemy wszystko w porządku, to otwór w ścianie moczowodu zaszywamy, jeżeli światło moczowodu było znacznie rozszerzone; albo też pozostawiamy otwór niezaszyty, gdy usunięty kamyk nie rozciągał moczowodu. Następnie wprowadzamy aż do otworu w moczowodzie sączek, pozatem — ranę zaszywamy. Sączek usuwa się zwykle 5—6 dnia, po upływie zaś 2 tygodni, zdaniem Bartletta, otrzymujemy zupełne zagojenie. Powstające czasami prze-

toki moczowe zamykają się wkrótce samoistnie. Dodać należy, że sączek musi być umieszczony tak, by nie uciskał naczyń biodrowych, gdyż moglibyśmy otrzymać, jak to było w przypadku Moschowitza, krwotok wtórny wskutek odleżyny na ścianie naczynia. Woolsey znów radzi nie kłaść sączka na moczowodzie, by nie wywołać odleżyny na ścianie tegoż.

Jeżeli znaleźliśmy, że ściana moczowodu uległa b. poważnym zmianom, powodującym znaczne zwężenie światła, musimy wyciąć odpowiednią część moczowodu. O ile jest to odcinek, położony w pobliżu pęcherza moczowego, może zajść potrzeba wszczepienia moczowodu do pęcherza. O ile natomiast mamy do czynienia z odcinkiem wyżej położonym, to możemy być zmuszeni już to bezpośrednio zszyć końce moczowodu jednym z używanych w tym celu sposobów, już to wykonać zabieg wytwórczy, jeżeli wypadło wyciąć b. duży odcinek. Przytoczę tu sposób, do jakiego uciekł się w podobnym przypadku Fiori. U 21-letniej pacyentki wykonano cięcie nerki z powodu przemijającego roponercza. Miedniczka i moczowód rozszerzony, kamienia w górnym odcinku brak. Za drugim razem wyosobniono cały moczowód. W środkowej części odcinka miedniczego moczowód po części zwężony, po części rozszerzony, śluzówka wytłoczona złogami soli. Rozszczepiono moczowód na przestrzeni mniej więcej 17 cm., usunięto liczne drobne kamyki. Na wprowadzonym do moczowodu cewniku ranę w moczowodzie po części zaszyto bezpośrednio, po części wykonano operacyę wytwórczą za pomocą otrzewnej i powięzi mięśnia lędźwiowoudowego (m. psoas.). Zagojenie; wynik pomyślny. Dokładne badanie za pomocą wziernika pęcherzowego wykazało, że mocz prawidłowo wypływał z operowanego moczowodu.

Inaczej znów wypada postąpić, gdy kamień siedzi w odcinku śródściennym moczowodu. Tu po uprzednich bezowocnych próbach wydobycia kamienia jednym ze sposobów zachowawczych, wypadnie wykonać cięcie pęcherza moczowego nadłonowe i wydobyć kamień, nacinając brzegi otworu moczowodu, względnie ścianę pęcherza moczowego. Należy dodać, że chcąc zapobiedz następczemu zwężeniu się otworu moczowodowego, należy zszyć śluzówkę moczowodu ze śluzówką pęcherza moczowego.

Do usunięcia nerki wypada uciec się tylko w przypadkach b. daleko posuniętego zniszczenie tejże, oczywiście—o ile badanie poprzedzające operacyę pozwoliło stwierdzić obecność drugiej czynnościowo sprawnej nerki.

PIŚMIENNICTWO.

1. Frisch und Zuckerkandl. Handbuch der Urologie 1904, 1905, 1906.
2. Garré und Ehrhardt. Nierenchirurgie 1907.
3. Albarran. Médecine operatoire des voies urinaires 1909.
4. Luciani. Physiologie des Menschen (wydanie niemieckie 1906, t. II. str. 420).
5. Kreps. Zur Pathologie und Therapie der Anurie. Zeitsch. f. Urologie 1909. V.
6. Uteau. Traitement de l'anurie. Revue de chir. 1908 3, 4.
7. Robinson. The three ureteral isthmuses Med. Record 1909. V.
8. R. Jahr. Eine intraureterale Methode zur Lösung eingeklemter Harnleitersteine und ihre Herausförderung per vias naturales Münch. med. Wochenschrift 1907. № 24
9. Barling. Brit. med. Journal 1903. № 12.
10. Fedoroff. Zur Kasuistik der Uretersteine Zeits. f. Urologie 1909, № 1.
11. E. Zabel. Zur Diagnose, Prophylaxe und endovesikale Therapie inkarzerirter Uretersteine Zeit. f. Urologie 1907.
12. Deaver. Ureteral calculus Anls of surg.na 1906 Mai.
13. Israel. Ungewönlich grosse Uretersteine. Demonstr. in der Berl. med. Geselsch. 1907 24. VII. Berl. klin. Wochen. 1907 № 33.
14. Jacobs. Calcul uretéral. Soc. d'anatomie pathol. de Bruxelles 1902. 28 Nov.
15. Gradenwitz. Entfernung eines Uretersteines auf waginalem Wege Zent. f. Gynäkologie 1904. № 12.
16. Mirabeau. Obliteration des Ureters durch einen Ureterstein, Zent. f. Gynäkol. 1907 № 17.
17. Sick. Zwei Fälle von operativ entfernten Uretersteinen. Berl. klin Wochenšch. 1905 № 52.
18. Fiori. Calcolosi e ristingimenti multiple dell'uretere; ureterotomia ed estesa uretero-eteso-plastika Policlin. 1905, streszcz. w Zent. f. Chir. 1905 № 20.
19. Bartlett. Eine einfache Operationsmetode für Steine im Ureter Zentrb. f. Chir. 1907 № 22.
20. Erdmann. Ureteral calculi. New York Medical Journal. 1909. VI.

21. Pozzi et Proust. Contribution à l'étude des calculs de l'uretère pelvien chez la femme. Revue de gynecologie et de chir. abdominale 1909 № 5.
22. H. Kümmel. Pathogenese und Behandlung der Anurie. Berlin. klin. Wochenschr. 1909 №№ 16—17.
23. Bloch. Uueber Ureteroperationen. Folia urologica 1909 t. III № 6.
24. Voeckler. Ein Beitrag zu den Fehlerquellen in der Radiographie der Harnleitersteine.Fortsch. auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XIII. H. 6. Streszczone w Zent. f. Chir. 1909 № 41.
25. Woolsey. Observations on renal and ureteral calculi. Annals of surgery 1909 Mai.

O SZTUCZNEM OPRÓŻNIENIU Z KRWI DOLNEJ POŁOWY CIAŁA WEDŁUG METODY MOMBURGA I O ZASTOSOWANIU TEJ METODY W POŁOŻNICTWIE DO TAMOWANIA KRWOTOKÓW

zebrał

M. ZWEJGBAUM.

W roku 1908 ogłosił Momburg nowy sposób bezkrwawego wykonywania operacyi na górnej części uda i na miednicy, polegający na opasaniu ciała w pasie miedzy miednicą a dolnym brzegiem żeber za pomocą węża gumowego. Rurę gumową grubości palca, rozciągniętą tak mocno, jak tylko pozwala na to jej sprężystość, okręca się powoli kilku obrotami (2—4) dokoła ciała leżącego chorego, dopóki nie zniknie tętnienie w tętnicy udowej. Wtedy aorta zstępująca ulega zaciśnięciu zupełnemu i odrazu ustaje dopływ krwi do dolnej połowy ciała. Zarzuty, przeważnie zresztą teoretyczne, stawiane metodzie Momburga, jakoby może spowodować uszkodzenie kiszek, zamknięcie moczowodów i zgniecenie narządów brzusznych, lub pozbawić krwi rdzeń kręgowy, okazały się bezpodstawnymi, jak tego dowiedli Sigwart i Engelmann na przypadkach, przez rozbiór zwłok stwierdzonych. Metoda Momburga nie wywołuje również zaburzeń ze strony serca w chwili zaciśnięcia węża gumowego. Tylko podczas rozluźniania jego wskutek nagłego włączenia do obiegu krwi dolnej połowy ciała występuje krótkotrwałe zaburzenie czynności serca: tętno dwubitne, znikanie tętna, zresztą przejściowe. Momburg stara się temu zapobiedz w ten sposób, że przed zluźnieniem węża okręca golenie i uda chorego taśmą gumową i po usunięciu węża powoli ją zdejmuje, wskutek czego włącza się stopniowo dolną połowę ciała do obiegu krwi.

Momburg zastosował swą metodę 3 razy podczas większych operacyi z zupełnie pomyślnym skutkiem: w jednym

przypadku rura opasywała ciało przez 45 minut, w drugim — przez 18 minut: dotyczył on operacyi odjęcia kończyny dolnej i prawie połowy miednicy z powodu mięsaka panewki biodrowej. W trzecim przypadku rura pozostawała zaciśniętą przez 30 minut i tak samo, jak w poprzednich, ściśnięcie ciała, pomimo wykonywania zabiegu bez uśpienia chorego, było znoszone bardzo dobrze. Tylko Rieländer wspomina o przypadłościach dość ciężkich podczas opasania ciała metodą Momburga, mianowicie podaje on mdłości, uczucie nadzwyczajnego osłabienia, przyśpieszenie i osłabienie tętna, znikanie tętna, objawy zapaści, wreszcie — rozwolnienie i zatrzymanie moczu w kilka dni po zastosowaniu węża gumowego.

Sigwart w klinice prof. Bumma powziął myśl zastosowania metody Momburga przeciw krwotokom poporodowym z macicy wiotkiej, spodziewając się, nie bez słuszności, że wskutek nagłego powstrzymania dopływu krwi do dolnej połowy ciała ustać też musi i krwotok maciczny. Do prób w tym kierunku pobudziła go jeszcze i nadzieja wywołania skurczu macicy, jako bezpośredniego następstwa ucisku aorty, albowiem doświadczenia na zwierzętach przekonały, że macica, wskutek pozbawienia jej dopływu krwi, kurczy się silnie. Rzeczywiście można było bardzo często spostrzegać kurczenie się macicy; potwierdził to i Höhne. Nieraz zdarzało się jednak, że skurcz macicy występował dopiero po zdjęciu opaski.

Sigwart miał dotychczas sposobność zastosowania metody Momburga w 24-ch ciężkich przypadkach krwotoków poporodowych i zaznacza zupełne swe zadowolenie z wyników jej doraźnej skuteczności. Do tamowania krwotoków macicznych posługuje się rurą z gumy czerwonej, długości 1½ metra i okręca ją, silnie rozciągniętą, dokoła pasa, tak aby możliwie ściśle przypadła tuż ponad macicą; wtedy górna połowa brzucha pozostaje wolna i może pomieścić odsuwające się ku górze kiszki. Pępek powinien wypaść jeszcze nad opaską. Jeśli jedno okręcenie nie wystarcza, należy okręcić rurę jeszcze raz, a nawet i trzeci raz i wreszcie oba jej końce związać na podwójny węzeł. Ponieważ w krwotokach macicznych najlepiej dowodzi skuteczności metody Momburga ustanie krwotoku, więc w przeciwstawieniu do chirurgii, nie trzeba tu kontrolować działania ucisku na tętnicy udowej, lecz należy rurę zaciskać

tak długo i mocno, dopóki krwotok nie ustanie. Silne i dostateczne zaciśnięcie węża zawsze doprowadzić musi do zatamowania krwotoku. W przypadkach położniczych, w przeciwstawieniu do chirurgicznych, nie potrzeba wcale dążyć do opróżnienia z krwi dolnej połowy ciała, a więc zbyteczne jest okręcanie taśmą gumową również i dolnych kończyn: wystarczy zupełne wywołanie wstrzymania obiegu krwi przez zaciśnięcie aorty zstępującej rurą gumową, ściągniętą dokoła pasa. Dlatego też w przypadkach położniczych po zaciśnięciu rury tętno staje się nikłem, mniej pełnem, gdyż wyłączając z obiegu znaczną ilość krwi z kończyn i narządów płciowych, zmniejszamy znacznie pracę serca. Przez rozluźnienie zaś rury gumowej wzmaga się następnie nagle praca jego, co się ujawnia wyraźnie w tętnie pełniejszem, silniejszem i częstszem. A więc wprost przeciwnie temu, co dzieje się, gdy obok opasania rurą dokoła pasa zastosuje się jednocześnie taśmę gumową na kończyny dolne.

Sigwart przestrzega, aby zarówno zaciskanie rury, jak i jej zdejmowanie wykonywane było powoli, stopniowo, gdyż tylko przez taką ostrożność można uniknąć znaczniejszych i nagłych wahań ciśnienia krwi w naczyniach i przystosować serce do zmienionej w ten sposób pracy.

Co się tyczy wskazań do zastosowania metody Momburga, to, według Sigwarta, najskuteczniejszą jest ona w krwotokach poporodowych z macicy wiotkiej. Według Höhnego, metoda M. nadaje się też doskonale w ciężkich krwotokach okresu łożyskowego do czasowego zatamowania, aby lekarz mógł zyskać dosyć czasu na dokładne odkażenie rąk przed ręcznem wydobyciem łożyska. Przypuszczenie Höhnego, że dzięki wywołanemu przy zaciśnięciu aorty zstępującej skurczowi macicy nastąpić może samodzielne odejście łożyska, przez co uniknęłoby się potrzeby ręcznego wydobywania jego, potwierdził zupełnie przypadek Kröninga.

Wreszcie metoda ta okazać się może zbawczą w nieszczęśliwych wypadkach położniczych, jak pęknięcie macicy, lub szyi macicznej, łożysko przodujące i t. p., w których nagły i silny krwotok maciczny stać się może każdej chwili dla życia rodzącej groźnym, zanim jeszcze zdąży się sprowadzić po-

moc akuszeryjną lub przenieść rodzącą do zakładu położniczego. Prędko i skutecznie zastosowane opasanie wężem gumowym sposobem Momburga przez lekarza nawet niespecyalistę lub nawet przez akuszerkę, może wtedy uratować rodzącą od śmierci niechybnej.

Natomiast dla operacyi ginekologicznych pochwowych zastosowanie metody Momburga celem operowania bezkrwawego jest zbyteczne, a może nawet wprost szkodliwe, bo łatwo podczas operacyi stać się może powodem przeoczenia naczynia, na razie nie krwawiącego, które jednak dopiero po zdjęciu węża zacznie krwawić na nowo, ale wtedy niełatwo już da się ono odszukać i podwiązać w polu operacyjnem, głęboko w pochwie leżącem. Tak samo zupełnie i dla operacyi brzusznych uważa Sigwart metodę Momburga za zbyteczną, aczkolwiek Mackenrodt, jak o tem podaje Neuhaus, wykonał pod sztucznem opróżnieniem z krwi dolnej połowy ciała 5 doszczętnych operacyi brzusznych raka macicy i był bardzo zadowolony ze sposobu Momburga.

Z tego wszystkiego, co się o metodzie Momburga powiedziało, można wyprowadzić wniosek, że naiwłaściwszym terenem dla niej będzie położnictwo, jako ta dziedzina, w której doraźne zaciśnięcie aorty podziałać może najskuteczniej, powstrzymując odrazu krwotok maciczny. Metoda ta tembardziej znaleźć powinna szerokie zastosowanie w położnictwie, że zaleca się swą prostotą i łatwością wykonania.

Z dotychczasowych doświadczeń klinicznych i eksperymentalnych (Rimann i Wolf) wypływa, że należy czynić zawsze stosowny wybór chorych, których serce ma być wystawione na próbę wytrzymałości nagłym uciskiem aorty. Tylko młode, zdrowe serca można poddać pracy nadmiernej; a więc osobniki ze stwardnieniem tętnic, oraz chorzy na wadę zastawkową, choćby wyrównaną, bezwarunkowo nie nadają się do stosowania sposobu Momburga.

Piśmiennictwo uwzględnione w niniejszem streszczeniu:

1) *Momburg.* Die künstliche Blutleere der unteren Körperhälfte. Vorlaufige Mitteilung. Zentralblatt f. Chirurgie 1908 № 23.

2) *Momburg.* Zur Blutleere der unteren Körperhälfte. Zentrblatt f. Chirurgie. 1908. № 41.

3) *Sigwart W.* Zentralblatt f. Gynäk. 1909. № 7. ref. w Gaz. Lek. № 19.

4) *Sigwart W.* Weitere Erfahrungen mit der „Momburg'schen Blutleere" in Geburtshülfe n. Gynäkologie. Archiv f. Gynäkologie, 1909. t. 89. z. 1.

5) *O. Höhne.* Ueber die Budeutung der künstlichen Blutleere der unteren Körperhälfte für Geburtshilfe u. Gynäkologie. Zentrabl. f. Gyn. 1909. № 10. ref. w Gaz. Lek. № 19.

6) *B. Kroning.* Beitrag zur Anwendung der Aortenkompression nach Momburg bei einer Blutung in der Nachgeburtsperiode, Deutsche med. Wochenschrift. 1909. № 46.

7) *Riman u. Wolf.* Klinische u. experimentelle Beiträge zur Frage der Momburgschen Blutleere. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1909. t 98. z. 6.

8) *Rieländer.* München. med. Wochenschrift. 1909. № 36, str. 1866.

9) *Neuhaus.* Berlin. klin. Wochenschrift. 1909. № 20.

STRESZCZENIA.

I. CHIRURGIA.

Vincent. *W sprawie leczenia złamań podstawy czaszki.*

Poglądy na leczenie uszkodzeń podstawy czaszki nie są dotychczas ściśle sformułowane. Większość chirurgów zachowuje się tu wyczekująco, inni, nieliczni, uciekają się do zabiegów, mających jakoby uchronić chorego od zakażenia wtórnego, atoli tak ciężkich, że b. poważnie narażają życie jego. Droga, obrana przez autora, polega na zapobiegawczem wywierceniu czaszki i otworzeniu opony twardej celem odpływu płynu mózgowordzeniowego. Cechą swoistą złamań podstawy jest to, że łączą one przeważnie jamę czaszki z jamą nosa, zatoką czołową, klinową, z kością sitową, lub uchem środkowem. Sprzyja to w wysokim stopniu zakażeniu miejsca złamania i opon mózgowych, i dlatego zalecano staranne odkażanie jam wymienionych za pomocą przemywań płynami przeciwgnilnymi, przez wprowadzanie leków przeciwgnilnych w proszku oraz zapychanie muślinem jodoformowym. Znaleźli się i bardziej radykalni, którzy starali się dotrzeć do miejsca złamania, usunąć odłamy i skrzepy krwi, i sączkować ognisko na zewnątrz.

Doświadczenie nauczyło, że zabiegi, zmierzające do tego celu, są nader ciężkie, i rzadko dają wyniki pomyślne. W razie wyraźnych objawów zapalenia opon Horsley, a za nim Gerard-Marchant i inni radzili wykonać rozległe wywiercenie odnośnej połowy czaszki, przeciąć oponę twardą i sączkować przestwór podpajęczynówkowy. Zabieg ten jednak rzadko prowadzi do celu, gdyż w przypadkach istniejącego już zapalenia zrosty opon i naloty umożliwiają sączkowanie tej tylko części opon, która została udostępniona przez wywiercenie. Wobec tego i wobec stopniowego zazwyczaj rozwoju zakażenia, autor dochodzi do wniosku, że metodą jedynie słuszną jest sączkowanie zapobiegawcze przestrzeni podpajęczynowej wkrótce po złamaniu, które ułatwia wydalanie drobnoustrojów ropotwórczych i toksyn.

Otwór w czaszce robi się na stropie możliwie blizko miejsca złamania. O ile złamanie podstawy stanowi przedłużenie złamania stropu, wywiercamy otwór w obrębie tego ostatniego. Następnie przecina się oponę twardą, obnaża mózg i wprowadza sączek pod oponę twardą na 12—15 dni. Skuteczność zabiegu zależy, zdaniem autora, od wczesnego wykonania i stałego stosowania we wszystkich przypadkach złamania podstawy czaszki, nawet w braku objawów mózgowych. Sam autor zastosował go w dwóch przypadkach. Przypadek pierwszy dotyczył chorego, u którego po urazie natychmiast wystąpiło krwawienie z ucha i trąbki słuchowej. Wiercenie wykryło szczelinę w kości potylicowej, zachodzącą na podstawę. Na 12 dzień sączek usunięto, poczem zdrowienie i wyzdrowienie postępowało prawidłowo. U drugiego chorego stwierdzono w 30 godzin po wypadku śpiączkę, ranę na granicy kości ciemieniowej i potylicowej oraz obfite krwawienie z ucha. Nadto znaleziono złamanie, kierujące się ku wyrostkowi sutkowemu i przechodzące na podstawę. Wywiercenie wykonano w górnym końcu szczeliny kostnej. Po upływie pięciu dni śpiączka zaczęła ustępować, i chory stopniowo zaczął poprawiać się. Naraz w ósmym tygodniu choroby, kiedy chory już chodził bez opatrunku, wystąpiły silne bóle głowy i śpiączka. Okazało się, że pośrodku blizny operacyjnej znajduje się niewielka ilość ziarniny, przez którą widocznie przedostało się zakażenie wtórne Otwarcie czaszki w tem miejscu wykazało nieco ropy i rozmiękczenie kory mózgowej, ale nie zdołało już uratować chorego. Tu przyczyną śmierci było niewątpliwie zaniedbanie chorego w okresie pooperacyjnym.

Wywiercenie zapobiegawcze proponował niedawno Cushing; sądzi on, że zabieg ten uchroni od powikłań wewnątrzczaszkowych, zależnych od wzmożenia ciśnienia wewnątrzoponowego w następstwie wylewów krwawych i obrzęku mózgu. Wierci on w okolicy skroniowej, przykrytej mięsniem skroniowym. Ten ostatni po operacyi powraca na swoje miejsce, zapobiegając powstawaniu przepukliny mózgowej. W okolicy skroniowej łatwiejszy jest dostęp do tętnicy oponowej w razie pęknięcia jej i wylewu krwawego. Wreszcie w okolicy skroniowej najłatwiejszy jest dostęp do wierzchołka zraza skroniowego i podstawy zraza czołowego, które najczęsciej ulegają zranieniu wskutek złamania podstawy. Tu również najczęsciej spotykamy rozległe wylewy krwawe. Dążąc do obniżenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, Cushing równocześnie zwalcza zakażenie wtórne, sączkując przestrzeń podoponową i ułatwiając odpływ i wydzielanie drobnoustrojów chorobotwórczych. Wnioski autora:

1) Większość złamań podstawy czaszki łączy się z uchem średniem lub jamami twarzy, skąd częste zakażenie.

2) Leczenie, polegające na odkażaniu jam powyższych, częstokroć do celu nie prowadzi, a dotarcie do samego miejsca złamania jest zawsze zabiegiem ciężkim i niebezpiecznym.

3) Wywiercenie, wykonane z chwilą wystąpienia pierwszych objawów zakażenia opon mózgowych bywa zazwyczaj spóźnione.

4) Wywiercenie zapobiegawcze, zapewniając odpływ płynu mózgowo-rdzeniowego i wydzielanie z ustroju czynników zakażenia, winno być uważane za jedyny zabieg uzasadniony.

(Revue de Chir. 1909 № 8)

A. WERTHEIM.

Contonnet. *O częściowym zaniku nerwu wzrokowego, jako następstwie złamania podstawy czaszki.*

Przedmiot pracy stanowią zaburzenia wzrokowe, powstające wskutek uszkodzenia nerwów wzrokowych, towarzyszącego złamaniu podstawy czaszki. Uszkodzenie to zależy już to od odłamów kostnych, już to od wylewów dokoła nerwu lub wstrząśnienia tkanki, otaczającej nerw wzrokowy. Najczęściej mamy tu do czynienia ze złamaniem lub szczeliną w obrębie kanału wzrokowego, stanowiącej zazwyczaj dalszy ciąg szczeliny, umiejcowionej na stropie oczodołu Złamania w środkowym dole czaszki nieczęsto dochodzą do kanału wzrokowego; wówczas pęknięcie kieruje się wzdłuż brzegu przedniego kości skalistej. przechodzi na ciało klinowej i kończy się w szczelinie oczodołowej górnej i kanale wzrokowym, mianowicie na dolnym jego obwodzie. Złamanie dołu tylnego w wyjątkowych tylko przypadkach dosięga oczodołu.

Uszkodzenia, o których mowa, są względnie częste. Niektórzy autorowie podają odsetek ich na 64—90% ogólnej liczby złamań podstawy czaszki. Zważywszy położenie nerwu w kanale wzrokowym, nie można się dziwić, jeżeli złamaniu kanału prawie zawsze towarzyszy mniej lub więcej poważne zaburzenie wzrokowe. Podczas gdy zanik całkowity nerwu wzrokowego, o rokowaniu bardzo poważnem, należy do powikłań częstych i klasycznych, inaczej rzecz się ma z zanikiem częściowym, dającym niekiedy wyleczenie całkowite. Do przypadków tej ostatniej kategoryi autor dorzuca dwa spostrzeżenia osobiste.

W pierwszem z nich u chorego, który przed 4 miesiącami spadł z konia na przednią część lewej połowy czaszki, stwierdzono całkowity zanik nerwu wzrokowego lewego i częściowy—prawego. Po upływie pół roku oko lewe pozostało bez zmiany podczas, gdy stan prawego poprawił się nieco: siła wzroku równa się $^1/_6$ normalnej.

Przypadek drugi dotyczył chorego, który uderzył się mocno w okolicę lewego oczodołu i odrazu zaniewidział na lewe oko. Jednakże po dwóch tygodniach wzrok zaczął powracać, a po upływie 15 miesięcy pozostał tylko zanik częściowy nerwu, dotyczący włókien, sąsiadujących z plamką żółtą.

Co się tyczy mechanizmu zaniku częściowego, możemy rozróżnić dwa rodzaje jego. Albo chory odrazu zaniewidział po urazie, a wzrok wraca całkowicie lub częściowo po upływie pewnego czasu, albo też osłabienie wzroku rozwija się powoli, stopniowo. W przypadku pierwszym powodem ślepoty bywa najczęściej wylew krwi do tkanki łącznej, otaczającej nerw wzrokowy. Krew pochodzi przeważnie z tętnicy ocznej lub naczyń otoczki nerwu, niekiedy z jamy czaszki. Wziernik oczny wykazuje obrzęk tarczy, a najczęściej wylewy krwi. Po upływie paru tygodni krew może uledz wchłonieniu i chory odzyskuje wzrok całkowicie lub częściowo. Inaczej rzecz się ma tam, gdzie ślepota występuje wtórnie. Powodem jej bywa albo organizujący się wylew krwi w samym pniu nerwowym, albo też ucisk ze strony kostniny, wytwarzającej się w obrębie pęknięcia kości. Tym różnicom przyczyn odpowiadają też zmiany rozmaite w tarczy, która wykazuje już to zapalenie, już to obrzęk i zastój, zależnie od tego, czy mamy do czynienia z zapaleniem nerwu, czy też z rozległym uciskiem i upośledzeniem obiegu krwi.

Wszystkie fakty powyższe dowodzą, że rokowanie w przypadkach odnośnych zawsze bywa bardzo poważne, że jednakże niekiedy dopiero po upływie mniej, lub więcej długiego przeciągu czasu wydać można wyrok ostateczny.

(Revue de Chirurgie 1909 № 8).

A. WERTHEIM.

Iahoub. *Wywiercenie czaszki w przymiocie mózgu.*

Kobieta 52 letnia, chora od 14 miesięcy, jest matką zdrowych dzieci, w wywiadach nic godnego uwagi. Od 13 miesięcy zaczęła doznawać silnych bólów głowy. Przed 6-ciu miesiącami chora dostaje napadu padaczkowego jednostronnego. Od tego czasu zdarzają się tylko napady senności i bicia serca. Przed 3 miesiącami zjawia się mały ropień wielkości orzecha laskowego w okolicy górnej części kości skroniowej, na prawej stronie, z tegoż później wydziela się mała ilość ropy i następuje zagojenie. Wraz z tem bóle głowy zmniejszają się.

Badanie wykryło ogólne przygnębienie, otępienie umysłowe, chód chwiejny. Rozmowa męczy chorą, ona nie umie myśleć, ma silne bóle głowy w nocy, bóle w krzyżu. Jest chuda, nie ma łaknienia zupełnie, nieustannie senna. Rozpoznano przymiotniak mózgu. Wykonano wywiercenie czaszki na miej-

scu blizny po wyżej opisanym ropniu. Po nacięciu skóry znaleziono mały otwór w środku kości skroniowej. Po przez dany otwór w kości widać ropę zserowaciałą. Za pomocą wywiertnika i nożyc otwór powiększono, co było dosyć trudne wskutek zgrubienia kości w danem miejscu do 5 ctm. Opona twarda zgrubiała, nacieczona, pokryta ropą zserowaciałą była ściśle zrośnięta z wewnętrzną powierzchnią kości. Po odłuszczeniu opony twardej nacięto ją na długości 2½ ctm. Płynu mózgowego ani śladu, mózg i opona miękka ściśle są zrośnięte z twardą oponą. Jest tu widocznie sprawa zapalna, kilak w okresie zmian wstecznych, zwyrodnienia włóknistego.

Nazajutrz po zabiegu chora może spać, bóle głowy i krzyża znikły, czuje ulgę. Po upływie paru dni chora je i pije z apetytem, interesuje ją otoczenie, niema żadnych bólów. Po upływie tygodnia usunięto szwy, chora czuje się zupełnie zdrową. Operacya usunęła tu zrosty mózgu z oponami i dała możność uwolnienia mózgu od nadmiernego ucisku wskutek przerośnięcia kości skroniowej.

(Gazette medicale d'Orient № 8 1909).

B. WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

Fedor Krause. *Operacyjne leczenie padaczki.*

Postępy chirurgii dozwalają nam obecnie leczyć padaczkę operacyjnie i to nietylko przypadki o wybitnej przyczynie np. urazowej, lecz i inne, jak padaczkę objawową Jacksonowską a nawet padaczkę samoistną.

Czasem spotykamy też padaczkę odruchową t. j. biorącą początek z bolesnej blizny, zrośniętej np. z nerwem lub okostną. Tu naturalnie operacya na obwodzie działa zwykle leczniczo i na padaczkę.

W padaczce Jacksonowskiej, o ile nie znajdziemy wybitnych zmian, tłomaczących powstawanie napadów, możemy i tak wiele pomódz choremu przez wyszukanie i wycięcie t. zw. pierwotnego, powodującego napady ośrodka. Wyszukanie to po odsłonięciu dziedziny ruchowej udaje się zwykle za pomocą faradycznego drażnienia. K. wycina w danem miejscu korę podług Horsleya aż do substancyi białej. Operuje dwuczasowo: najpierw operacya kostna, a w 5 — 8 dni dopiero na mózgu. Wycięcie ośrodka nie pozostawia zwykle trwałych zmian po sobie.

W padaczce samoistnej postępujemy znów za radą Kochera, stwarzając wentyl w czaszce a to wychodząc z przypuszczenia, że bezpośrednią przyczyną powstawania ataków są nagłe zmiany a zwłaszcza zwiększanie się ciśnienia płynu mózgowego. Wentyl ten zapobiega gwałtownym uciskom na mózg. Jakkolwiek wyniki nie są po tej operacyi zawsze pewne: na 12 operacyi miał K. skutek pomyślny w 2, to jednak nie nale-

ży odrzucać tego zabiegu, zwłaszcza że chory przytem nic nie ryzykuje a sam zabieg wykonać można w znieczuleniu miejscowem. K. nie usuwa całkiem kości, lecz po okrojeniu na 1 cm. naokoło wyciętej kości wkłada ją w otwór z powrotem, umieszczając nad nią oponę twardą.

(Mediz. Klinik 1909. №№ 38—39).

A. KLĘSK.

Guisez i Abrand. *Gruźlica przełyku.*

Cierpienie powyższe należy do nadzwyczaj rzadkich. Aż do czasów ostatnich gruźlicę przełyku stwierdzano najwyżej na stole sekcyjnym, obok gruźlicy innych narządów. Autorowie podają opis szczegółowy przypadku Schröttera i dwóch własnych.

Przypadek Schröttera dotyczył syfilityka ze zwężeniem przełyku w odległości 32 ctm. od zębów. Wziernikiem przełykowym stwierdzono guz wrzodziejący, nasuwający podejrzenie nowotworu, które jednak dzięki dobremu stanowi ogólnemu nie utrzymało się. Ponieważ leczenie przeciwprzymiotowe sprowadziło znaczną poprawę, zatrzymano się na rozpoznaniu przymiotowej natury cierpienia. Wkrótce wystąpiły objawy gruźlicy płuc, chory zaczął szybko podupadać i po upływie 8 miesięcy zmarł. Obok gruźlicy płuc, owrzodzeń w tchawicy, powiększenia gruczołów oskrzelowych, znaleziono na zwłokach na przestrzeni 12 ctm. zwężenie przełyku w postaci wązkiego kanału z tkanki modzelowatej, wrastającej głęboko w warstwę mięśniową i zlekka owrzodziałej. Mikroskopowe badanie stwierdziło typowe gruzełki w tkance, zwężającej światło przełyku.

W przypadku drugim, spostrzeganym przez autorów, chory, dotknięty gruźlicą płuc, zaczął doznawać trudności w połykaniu pokarmów. Badanie przełyku wziernikiem wykazało w odległości 22 ctm. od zębów obecność małego owrzodzenia; bezpośrednie otoczenie i ściana przełyku unieruchomione. Po upływie miesiąca chory zmarł, a badanie zwłok wykazało, między innemi, że okolica owrzodzenia otoczona jest ze wszystkich stron powiększonymi gruczołami, które uciskają przełyk.

Trzeci przypadek stanowi przykład typu, odmiennego od poprzednich. Chory, z wyraźnem zajęciem szczytów, od miesiąca zaczął gorzej łykać pokarmy. Za pomocą wziernika stwierdzono w odległości 20 ctm. małe, szarawe owrzodzenie śluzówki długości i szerokości około 1 ctm. Poniżej śluzówka była zdrowa. Pod wpływem leczenia kwasem mlecznym owrzodzenie zagoiło się, i chory na razie poprawił się, ale po kilku miesiącach zmarł wśród objawów suchot galopujących.

Na podstawie powyższych trzech przypadków, z których każdy przedstawia typ odmienny, autorowie ustalają trzy od-

miany gruźlicy przełyku: gruźlicę per continuitatem, z punktem wyjścia w gruczołach sąsiednich, gruźlicę wrzodziejącą z wyraźnem upośledzeniem odżywiania i stanu ogólnego, wreszcie gruźlicę stwardniającą. Rozpoznanie gruźlicy przełyku nie należy do łatwych, a wyłączenie przymiotu lub nowotworu nie zawsze bywa możliwe w okresie początkowym cierpienia. Rokowanie wiąże się ściśle z metodą leczenia choroby: tu wziernik przełykowy bezwątpienia odgrywa rolę pierwszorzędną. Postać twardniejącą leczyć należy stopniowem, bardzo ostrożnem rozszerzaniem. Tę samą metodę można z powodzeniem stosować w przypadkach owrzodzeń powierzchownych, bolesnych, wywołujących skurcz przełyku

Wreszcie wspomnieć należy o środkach chemicznych, mających na celu oddziaływanie na samo owrzodzenie lub łagodzących bóle, jak kwas mleczny, saletrzan srebra, kokaina i t. p.

(Revue de Chirurgie 1909 № 7)

A. WERTHEIM.

Kolaczek. *O urazowem pęknięciu wola miąższowego i w sprawie gorączki po operacyi wola.*

Podskórne, urazowe uszkodzenia wola są spotykane rzadko. Następstwem uszkodzenia bywa pęknięcie torbieli wola, albo też krwawienie. Nieznaczne krwawienie w miąższu wola zjawiać się może niezależnie od urazu zewnętrznego, np. u kobiet rodzących. Przypadki opisane dotyczą wyłącznie rozerwania naczyń wola, dotychczas autor nigdzie nie spotkał przypadku rozerwania miąższu wola. Rzadkość przypadków odnośnych zależy od tego, że wole w znacznym stopniu posiada wolność usuwania się przed uderzeniem i t. p. Przypadek autora dotyczy kobiety 42 letniej, która od 5 lat posiadała lewostronne wole wielkości jaja kurzego. W ostatnich czasach wole dosięgło rozmiarów pięści, a od dwóch lat chora stale ma chrypkę. Pewnego dnia chora uderzyła się lewą połową szyi o brzeg balii, uczuła gwałtowny ból w szyi i na chwilę straciła przytomność. Wkrótce wystąpiły wymioty i duszność. Po 2 dniach stwierdzono w prostnicy ciepłotę 39,8°, tętno 112. Chora przytomna, senna. Ciągły kaszel, obfita plwocina śluzowa. Lewa połowa szyi znacznie obrzmiała, krtań i tchawica odsunięte ku stronie prawej; powyżej dołka nadmostkowego wyczuwa się w głębi wyraźne chełbotanie. Przekłucie wykazuje czystą krew. Przystąpiono do operacyi i stwierdzono tuż nad obojczykiem rozdarcie otoczki i miąższu wola oraz rozległy wylew krwi. Rozerwanie dotyczyło tylnego bocznego odcinka wola, tak że guz zamienił się w worek, wielkości pięści, wypełniony zmiażdżonym miąższem i skrzepami krwi. Guz usunięto. Rana zagoiła się przez rychłozrost, chociaż chora w ciągu czterech dni po operacyi gorączkowała.

Przyczyną pęknięcia i zmiażdżenia było tu zaciśnięcie wola między brzegiem balii i kręgosłupem. Dłużej zatrzymuje się autor nad najważniejszym objawem w przebiegu okresu pooperacyjnego, mianowicie nad gorączka. Nie przypuszczając, aby ciepłota, dochodząca do 39,8° zależeć miała od nieżytu dróg oddechowych, sądzi on, że uważać ją należy za gorączkę bezgnilną skutkiem wchłaniania wylewu krwawego, albo soku wola.

Na zjawisko to zwrócono uwagę oddawna. Chociaż większość autorów stale stwierdzała gorączkę prawie po wszystkich operacyach wola, Lanz z kliniki Kochera na podstawie olbrzymiego materyału dochodzi do wniosku, że to wzniesienie ciepłoty uważać należy raczej za wyjątek, niż za zjawisko stałe, i że gorączka w przypadkach niepowikłanych nie występuje. Sprzeczne są zdania odnośnie przyczyny tej gorączki. Jedni uważają ją za objaw „lekkiego zakażenia,“ inni zaś, w braku wszelkich innych objawów zakażenia, w braku wydzieliny, odczynu zapalnego i t. d. wyłączają stanowczo czynnik zakaźny. Poncet i jego szkoła za przyczynę gorączki uważają zatrucie jadami gruczołu tarczowego, które podczas operacyi dostają się do biegu krwi. Kocher i Lanz twierdzą, że gorączkę tę wywołuje wchłanianie wylewów krwi. Aby istotę sprawy tej wyjaśnić, uciekano się również do badań doświadczalnych. Lanz miażdżył gruczoł tarczowy psów i przekonał się, że nie prowadzi to do podniesienia ciepłoty. Schultze posługiwał się przesączem ze zmiażdżonego wola dla wstrzykiwań podskórnych i wewnątrz-żylnych. Dochodzi on do wniosków następujących: 1) wchłanianie soku wola nie wywołuje gorączki, 2) ciecz ta nie wywiera wpływu na tętno.

Dalej K. zastanawia się nad charakterem gorączki po operacyi wola, nad czasem trwania jej, typem i t. d. Tu również zdania rozmaitych autorów są sprzeczne. Gdy np. Ranzy twierdzi, że po operacyi ciepłota odrazu wznosi się do 39—40°, trwa 10—12 i przeważnie opada przełomowo, inni są zdania, że rzadko dosięga ona tego natężenia, waha się przeważnie pomiędzy 38—38,5° i występuje na 1 lub 2 dzień po operacyi. Najwyższą ciepłotę spostrzegano 2 lub 3 dnia, a po upływie 4—6 dni ciepłota stopniowo staje się prawidłową.

Własne spostrzeżenia opiera autor na 145 przypadkach wola, w których rana zagoiła się bez powikłań przez rychłozrost. Chorych operowano w uśpieniu morfiną i skopolaminą, skórę wyjaławiano wyskokiem, sączek usuwano nazajutrz po operacyi. W trzech tylko przypadkach ciepłota mierzona w odbytnicy nie przekraczała 37,5°. U reszty spostrzegano podniesienie ciepłoty, mianowicie w przeszło $^3/_4$ przypadków podniesienie powyżej 38,5°. Nie ulega zatem wątpliwości, że była to t. z. gorączka bezgnilna. Najwyższą ciepłotę spostrzega-

no po południu 2 dnia. Na przebieg gorączki nie wpływa ani rodzaj wola, ani rozległość zabiegu, lub metoda operacyjna.

Ostatecznie autor dochodzi do wniosku, że gorączka po operacyi wola, jak i po innych operacyach, zależy od wchłaniania wytworów rozpadu, zawartych w wylewach krwawych, a nie od działania soku wola.

(Beitr. z. Klin. Chir. T. 64. Z. 3).

A. WERTHEIM.

Lobenhoffer. *W sprawie czynności wydzielniczej wola.*

Na podstawie badań, jakie autor wykonał nad budową wola przy pomocy metod barwienia, używanych w hematologii, dochodzi on do wniosków następujących.

Komórka prawidłowego gruczołu tarczowego wytwarza wydzielinę, występującą w postaci nielicznych kwasochłonnych ziaren w zarodzi komórki; wydzielina ta szybko traci swoją samodzielność, przechodząc w koloid. Również i nabłonek międzypęcherzykowy zawiera takie ziarenka. Być może, iż czynność pęcherzyka rozpoczyna się właśnie wytwarzaniem tych ziarenek, które nie są właściwie koloidem, lecz częścią składową jego. Koloid bowiem nie barwi się tak, jak ziarna opisane. Wole koloidalne wytwarza ogromne ilości tej wydzieliny, podczas gdy wole złośliwe nie wytwarza jej wcale. Wole w chorobie Basedowa nie różni się pod tym względem zupełnie od wola zwykłego.

(Mitteilungen a. d. Grengzgeb. d. Med. u. Chir. T. 20, Z. 4).

A. WERTHEIM.

Schloffer. *O operacyach wola.*

S. rozporządza obfitym materyałem, bo w przeciągu 5½ lat wykonano w klinice 452 operacye. Z tego w 11 przypadkach chodziło o nowotwory, w 22 o ostre zapalenie, w 20 operowano w chorobie Basedowa.

Przeważnie operowano już w obecności przypadłości ze strony oddechu, a zaledwie w 10 przypadkach—przeważnie wyłuszczenia — ze względów upiększających. Mimo tego, że znieczulenie miejscowe zwykle zupełnie wystarcza, S. dodaje nieraz uśpienie ogólne, albowiem przekonał się, że operacya często robi ogromne wrażenie na chorych. Mimo tak obfitego materyału i to przypadków ciężkich, zaledwo w 2 przypadkach: zwężenie kiłowe tchawicy i przebicie się zapalnego guza do wnętrza tchawicy, przystąpiono do otwarcia tchawicy. Zwykle chorzy nawet z wielką dusznością, w razie zachowania spokoju, okładów zimnych i morfiny poprawiają się rychło tak, że spokojnie można ich operować. Nie zapominać też należy, że

nieraz wyszukanie tchawicy wśród wola jest cięższym zabiebiegiem, niż operacya doszczętna gruczołu. Przed operacyą stwierdzono w 3 przypadkach porażenie nerwu zwrotnego, po operacyi w 12—przeważnie zmiany przejściowe. S. stara się o ile możności szanować przytarczyce i w tym celu, jeżeli się daje, nie podwiązuje tętnicy dolnej, zwłaszcza jeżeli operuje nawrót po drugiej stronie. W razie konieczności zostawia przy tętnicy większy kawałek gruczołu.

Ani razu też nie spostrzegał następczo charłactwa lub tężyczki. W ostrem zapaleniu nacięcie zwykle nie wystarcza, bo pozostają uporczywe przetoki, wymagające następowej doszczętnej operacyi. 6 zejść śmiertelnych z powikłań płucnych. W razie poważnych zmian w sercu S. nie operuje. Używa gumowych rękawiczek, podwiązki z jedwabiu, rany nie sączkuje lecz zostawia na dole otworek. Bardzo często spostrzegał podwyższenie ciepłoty po operacyi, które odnosi do niedających się wykryć zakażeń, lub do gorączki z wessania.

235 operowanych doniosło o swem zdrowiu: 199 miewa się dobrze, lecz w 32 rośnie gruczoł na nowo. U 28 powróciły trudności oddechowe i gruczoł znów się powiększa, u 8 gruczoł nie rośnie, lecz przypadłości się pogorszyły.

(Med. Klinik 1909. № 38).

A. KLĘSK.

Gobiet. *O operacyjnem zranieniu przewodu piersiowego.*

Zranienie przewodu piersiowego nastąpić może podczas operacyi głęboko na szyi np. gruczołów gruźliczych, przerzutów nowotworowych i t. p. Dotąd opisano 29 przypadków a G. zebrał jeszcze 8 dalszych. Następstwem zranienia przewodu piersiowego jest znaczny wypływ chłonki, który doprowadzić może w końcu i do zejścia śmiertelnego

Uciskanie nie usuwa rychło tego chłonkotoku, lecz przewód należy odszukać i albo zeszyć (na wzór szwu naczyń podług Carrela i Sticha), lub, gdy to technicznie jest trudne, podwiązać.

(Wien. Kl. Woch. № 23.909).

A. KLĘSK.

Mader. *O leczeniu nowotworów złośliwych górnych dróg oddechowych za pomocą promieni Röntgena.*

Czteroletnie doświadczenie autora wykazało, że promieniami Röntgena może być uleczona tylko bardzo nieznaczna część raków dróg oddechowych. W większości przypadków następowało nieznaczne polepszenie; często leczenie pozostawało bez żadnych skutków pożądanych Pomyślne działanie promieni X polegało już to na zmniejszeniu i oczyszczeniu się

nowotworu, na zabliźnieniu się owrzodzenia; już to na polepszeniu się samopoczucia pacyentów wskutek zmniejszenia się bólu i ułatwienia połykania. Leczenie promieniami Röntgena jest wskazane: 1) kiedy zabieg operacyjny, ze względu na stan chorego i rozległość guza, jest niemożliwy, 2) jeżeli chory nie chce zgodzić się na zabieg, 3) jako leczenie próbne przez krótki czas przed zabiegiem chirurgicznym, 4) w nawrotach nowotworów złośliwych.

(Münch. med Woch. 1909. Lipiec).

F. POŻARYSKA.

II. GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO.

Kurt Torkel. *O leczeniu mięśniaków macicy.*

Mięśniaki występują najczęściej pomiędzy 30 i 40 rokiem życia. Nie wszystkie przypadki mięśniaków wymagają leczenia operacyjnego. Postępowanie zachowawcze nie daje jednak również wyników zadawalniających. Z leków wewnętrznych ma znaczenie jedynie sporysz, po którym miesiączka staje się mniej obfitą i mniej długotrwałą. W celu usunięcia krwotoków w mięśniakach polecane bywa skrobanie. Do tego zabiegu nadają się takie tylko przypadki, gdzie jama macicy nie jest powiększona i gdzie nie ma mięśniaków podśluzowych. Stosowano i działanie przegrzanej pary wodnej o wysokiem napięciu na śluzówkę macicy. Według autora jest to zabieg niebezpieczny; nie daje on pomyślnych wyników. Jeżeli staje się niezbędnym zabieg operacyjny, to należy go wybierać stosownie do wieku, położenia i stanu ogólnego chorej, jako też do wyrobienia technicznego operatora. Sposoby zachowawcze mają pierwszeństwo w tych przypadkach, gdzie chodzi o zachowanie macicy jako narządu, w którym może rozwinąć się płód. W innych przypadkach na pierwszem miejscu stoją sposoby doszczętne. Operowanie przez pochwę jest wskazane w wewnątrzmacicznych mięśniakach, zwisających do pochwy. Wyłuszczenie przez pochwę stosuje się w mięśniakach śródściennych i podśluzowych, zaopatrzonych w torbę. Ustanowienie ścisłej granicy pomiędzy przypadkami, w których należy usuwać nowotwory przez pochwę lub przez brzuch, nie jest możliwe. Zwykle podaje się zasadę, że zabieg przez pochwę jest wtedy niemożliwy, kiedy mięśniak jest większy od główki dziecka i nie daje się wcisnąć do miednicy. Dobrą stroną zabiegu drogą pochwową jest względnie szybki powrót pacyentki

do zdrowia. Wszystkie nowotwory, wystające na szerokość dłoni ponad spojeniem łonowem, nadają się do nadpochwowego odcięcia macicy lub usunięcia macicy przez brzuch. Pierwszeństwo należy oddać nadpochwowemu odcięciu macicy, gdyż jest to zabieg prędszy i technicznie prostszy, najzupełniej wystarczający do usunięcia cierpienia. Z szyi pozostałej dostaje się do pochwy wydzielina, która nadaje tej ostatniej wygląd prawidłowy i możność zachowania czynności.

Monatschrift für Gynäkologie und Geburtshülfe Märs 1909.

F. POŻARYSKA.

Ott. *Wartość porównawcza rozmaitych sposobów operowania raka macicy.*

Wszyscy współcześni ginekolodzy zgadzają się z tem, że w wycinaniu raka macicy należy usuwać możliwie dużo tkanki łącznej, przyległej do nowotworu. Co do wycinania gruczołów chorych — Ott występuje przeciwko temu, utrzymując, że jest ono niewykonalne. Ott porównywa trzy sposoby operacyi najczęściej stosowane: 1) wycinanie macicy przez jamę brzuszną sposobem rozszerzonym; 2) wycinanie macicy przez pochwę sposobem rozszerzonym; 3) wycinanie macicy przez pochwę sposobem dawnym. Dla pierwszej metody podaje statystykę Wertheima, dla drugiej Schauty i Staudego, dla trzeciej własną. Autor wykonał 277 operacyi i z tych umarło bezpośrednio tylko pięć chorych, to jest 1,8% śmiertelności. Wertheim ma 11 razy większą śmiertelność bezpośrednią, Schauta 9,5. Co do wyników ostatecznych — to Wertheim ma nieco lepsze, mianowicie na 1 przypadek — 1,6. Autor utrzymuje, że wobec tego że wyniki ostateczne są tylko półtora raza lepsze, a śmiertelność 11 razy większa po operowaniu przez jamę brzuszną, należy w większości przypadków stosować dawny sposób operacyi pochwowej.

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique octobre 1909.

B. WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

Wertheim. *Wyniki odległe operacyi brzusznej rozszerzonej w raku macicy.*

Autor podaje wyniki swoich operacyi, z których okazuje się, że 59% operowanych były wyleczone zupełnie, to jest w przeciągu lat pięciu nie było u nich nawrotu choroby. Główny zarzut, jaki rob ono tej metodzie operacyi, jest wysoka śmiertelność bezpośrednia. Ta jednak stopniowo zmniejsza się i w ostatniej seryi 200 przypadków wynosiła tylko 10% gdy w pierwszej seryi wynosiła 24,5%. Jedną z niepomyślnych stron operacyi brzusznej rozszerzonej jest zgorzel moczowodów, któ-

ra czasem bywa następstwem operacyi. W tych przypadkach należy wykonać wycięcie nerki.

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique octobre 1909.

B. WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

F. Schauta. *Wyniki odległe wycinania raka macicy przez pochwę sposobem rozszerzonym.*

Schauta podaje nową statystykę i kładzie główny nacisk na wyniki odległe swojej operacyi. Główny zarzut, jaki robiono tej metodzie operacyi, jest niemożność usunięcia tą drogą gruczołów chłonnych. Usuwanie jednak tych gruczołów Sch. uważa za zbyteczne, a często nawet szkodliwe. Gruczoły chłonne służą jako pewnego rodzaju narządy ochronne dla ustroju, usuwanie więc ich jest szkodliwe. Same zaś one ustrojowi szkody przynosić nie mogą, gdyż nawet grzuczoły rakowato nacieczone mogą, pozostając w ustroju, nie powiększać się. Co do wyników odległych operacyi, to nie są one gorsze od wyników operacyi brzusznej.

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique octobre 1909.

B. WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

Franqué. *Przyczynek od statystyki operacyjnego leczenia raka macicy.*

Autor sądzi, że po doszczętnem usuwaniu przez brzuch raka macicy, śmiertelność bezpośrednia będzie mogła tylko wtedy spaść niżej 10%, gdy zostaną ściślej wyrobione wskazania do tego zabiegu.

Niepowikłane przypadki nie są bardziej zagrożone przez zabieg brzuszny, niż przez operacyę pochwową. Przypadki dalej posunięte, ciężkie nie mogą być wcale operowane przez pochwę. Liczba zabiegów, które dały na razie dobre wyniki, nie może rozstrzygać na korzyść tego lub innego sposobu. Jedyną miarą może tu być porównywanie wyników odległych.

Wychodząc z tego założenia, autor podaje odsetkę wyleczenia po dwóch latach po zabiegu brzusznym. Okazuje się, że przypadki operowanych raków szyi macicznej po upływie dwóch lat dały 45% wyleczenia trwałego. Przypadki trzonu macicy — 75%. Wogóle więc przypadki raków macicy po upływie wspomnianego czasu dały 50% uleczenia trwałego.

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynakologie Juli 1909.

F. POŻARYSKA.

Neuhaus. *Cięcie brzuszne pod opaską Momburga w rakach macicy i odbytnicy.*

Mackenrodt dokonał 5-ciu operacyi śródbrzusznych pod opaską Momburga: 4 wycięcia macicy z powodu raka szyi, i jedną z powodu wznowy raka pochwy z przerzutami w miednicy, powstałej po poprzedniem wycięciu całkowitem macicy. Pobudką dla Mackenrodta do zastosowania opaski sprężystej do cięcia brzusznego był przypadek, spostrzegany i operowany przez Momburga.

W przypadku owym przekonano się, o ile dokładnie zbadane być mogą obezkrwiawone narządy jamy miednicy, i z jaką nadzwyczajną łatwością rozejrzeć można było wszystko szczegółowo. To samo miało miejsce i w cięciach brzusznych, dokonanych przez Mackenrodta: rozumie się samo przez się, iż nie ma tu mowy o zupełnej bezkrwistości, takiej jaka bywa na kończynach po założeniu opaski na kończynę od dołu ku górze; nieco krwi pozostaje w naczyniach większych, i właśnie ta zawartość w nich krwi czyni je widocznemi pod otrzewną a na przekroju w polu operacyjnem światło naczyń uwidocznia się, gdyż kilka kropli krwi, które z nich wypływają, zaznacza je, co ułatwia ich uchwycenie i podwiązanie; ma się wrażenie operowania na martwem ciele. W tych warunkach można bez przeszkody nadać operacyi granice jak najrozleglejsze i wszystko, co tylko wygląda podejrzanie, usunąć.

W cięciu brzusznem opaska sprężysta powinna być nałożona dopiero po otworzeniu jamy brzusznej. Dążyć należy do tego, aby opaska zamknęła i ograniczyła w zupełności górny odcinek jamy brzusznej, zawierający kiszki, tak aby w dolnej części jamy brzusznej t. j. w jamie miednicy oprócz dolnego odcinka okrężnicy zstępującej, odbytnicy, pęcherza moczowego i wewnętrznych narządów rodnych nic więcej nie pozostało. W tym celu układa się pacyentkę na stole operacyjnym w najbardziej pochyłem położeniu Trendelenburga, z podłożoną pod tułów opaską i usypia. Po uskutecznieniu cięcia brzusznego i nałożeniu i ściągnięciu opaski bardzo pochyłe położenie Trendelenburga może być zmniejszone.

Idealne odgraniczenie górnej części jamy brzusznej od jamy miednicy osiągnąć można wtedy tylko, gdy opaskę nakładamy po otworzeniu brzucha, albowiem zdarza się, iż zrosty jelit i sieci w jamie miednicy przeszkadzają w opadnięciu tych ostatnich do jamy brzusznej, zrosty te oczywiście należy usunąć. Oprócz tego jest się pewniejszym, czy jama miednicy została opróżnioną, gdy pod kontrolą oka odsuwa się do jamy brzusznej za opaskę wypadnięte pętle kiszek, części sieci, opuszczoną nerkę i t. p. a następnie ściąga się opaskę. Jednocześnie na wysokości nałożonej ściągniętej opaski z obu stron kręgosłupa wewnątrzotrzewnowo uskutecznia się ścisłe zatkanie

gazą wyjałowioną, aby odgraniczenie górnej części jamy brzusznej od jamy miedniczej było zupełne.

Stosowanie opaski Momburga daje dużo korzyści i chorej i operatorowi. Oziębienie trzew brzusznych jest prawie wyłączone, wstrząs operacyjny nadzwyczaj nieznaczny z powodu trwałego i dokładnego zamknięcia większej części jamy brzusznej podczas operacyi. Trwanie operacyi skraca się bardzo i kiszki wskutek wydymania się chorej nie wypychają się na zewnatrz, a więc nie przeszkadzają czynności operującego.

Zdarza się niekiedy, że pomimo ścisłego ściągnięcia sprężystej opaski nie następuje bezkrwistość i tętno w tętnicy udowej i biodrowej nie znika. Miewa to miejsce u osób otyłych, i wtedy należy położyć wewnątrzotrzewnowo poduszeczkę z miękkiej gazy wielkości dłoni wprost na aortę i ściągnąć opaskę nad poduszeczką; wynik jest zawsze zadawalający.

Łatwo zrozumieć, że cięcie brzuszne do użycia opasania Momburga nie może być podłużne, lecz powinno być poprzeczne, nadłonowe. Po ukończeniu wycięcia macicy i przydatków, przed przystąpieniem do pokrycia miejsc zranionych w jamie brzusznej otrzewną, należy opaskę rozluźnić, a to celem przekonania się, czy niema gdziekolwiek krwawienia.

Autor sądzi, że opaska Momburga ułatwi również wycinanie na drodze brzusznokroczowej, względnie krzyżowej, wysoko usadowionych raków w odbytnicy.

Berliner klin. Wochensch. № *20. 1909.*

I. ROSENTHAL.

P. Segond. *Zapalenie wyrostka robaczkowego i choroby przydatków.*

Często podczas operacyi znajdowano jednocześnie zapalenie wyrostka robaczkowego i przydatków macicy. Dawniej uważano to za rzecz zupełnie przypadkową i przypuszczano, że te dwa cierpienia są od siebie niezależne. Dopiero w przeciągu ostatnich kilkunastu lat zwrócono uwagę, że istnieje zapalenie wyrostka robaczkowego, spowodowane zajęciem przydatków i odwrotnie zapalenie przydatków, zależne od zapalenia wyrostka robaczkowego. Co do sposobu, w jaki przenosi się cierpienie z jednego narządu na drugi, to autor przypuszcza, że dzieje się to za pomocą otrzewnej. W zapaleniu wyrostka robaczkowego mogą dokoła niego wytworzyć się zrosty, które mogą dojść do jajnika, zmienić w ten sposób w nim warunki odżywiania i spowodować zapalenie. To samo może nastąpić odwrotnie w zapaleniu jajnika, zrosty mogą umocować wyrostek robaczkowy, co następnie może być przyczyną ostrego zapalenia wyrostka.

Rozpoznanie, czy mamy do czynienia z cierpieniem przydatków macicy, czy z cierpieniem wyrostka jest często dość

trudne. W tym przypadku należy zwrócić uwagę: jakie jest umiejscowienie bolesności i w jakim kierunku rozchodzi się ból, jakie są zaburzenia w miesiączkowaniu, jaka jest ciepłota i jakie są zmiany w ogólnym wyglądzie chorej. W niektórych przypadkach wszystkie te objawy nie sa dość wyraźne i przystępując do zabiegu operacyjnego nie ma się pewnego rozpoznania. Trudniejsze jeszcze jest rozpoznanie, jeżeli mamy do czynienia jednocześnie z zapaleniem wyrostka i przydatków macicy.

Dlatego autor radzi we wszystkich przypadkach, w których rozpoznanie przedstawia pewne trudności, zamiast zwykłego cięcia bocznego robić cięcie w linii pośrodkowej. W ten sposób ma się znacznie szersze pole operacyjne i prócz wyrostka można dokładnie widzieć i przydatki. Przytem autor zaznacza, że w ogóle w każem cięciu brzucha należy obejrzeć wyrostek robaczkowy i usuwać go, o ile tylko przedstawia jakiekolwiek zmiany.

Annales de Gynecologie et d'Obstetrique Octobre 1909.

B. WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

Lampe. *Zawęźlenie esicy w chorobach kobiecych i w ciąży.*

Niezwykle długa esica zdarza się bardzo często i dochodzi do 50—100 cm. długości. Stosunkowo długa krezka tych pętli może stać się bardzo cienką, dzięki różnym sprawom chorobowym, jak na przykład zapalenie uchyłków u przyczepu krezki, zapalenie omacicza, przechodzące na krezkę esicy. Jeżeli mamy do czynienia z długą esicą i cienką krezką, to następuje wtedy w przypadku rozdęcia kiszek skrzyżowanie pętli i skręcenie o 180°. Jest to niejako wstępem do zawęźlenia. Obok przewlekłego zatwardzenia okolicznością wyzwalającą może być tu wysiłek lub uraz: podniesienie ciężaru, skok, silne parcie, uderzenie w ścianę brzucha. Sprawy zapalne i nowotwory narządów płciowych, według autora, nie wpływają na wytworzenie się zawęźlenia. Znany jest tylko przypadek, operowany przez Karczewskiego, gdzie skręcenie szypuły torbieli jajnikowej wywołało zawęźlenie esicy. Ciąża może wpływać tylko o tyle, o ile zatwardzenie sprzyja wytworzeniu się zawęźlenia. Obraz kliniczny zawęźlenia jest zawsze typowy, po stronie prawej w górnej części brzucha jest wzdęcie, a w dolnej — po stronie lewej. Wypukując otrzymujemy dźwięk metaliczny, obmacując — opór ciała, napełnionego gazami. W rozpoznaniu pomaga próba wodna Riedela, esica nie jest w przypadku zawęźlenia drożna dla wody, którą za pomocą lawatywy wprowadzić można tylko w ilości $^1/_2$—$^3/_4$ litra.

Podczas ciąży i w chorobach kobiecych rozpoznanie jest utrudnione przez guzy lub macicę ciężarną. Rokowanie jest

niepomyślne zarówno dla matki jak i dla dziecka. Leczenie za pomocą zabiegu brzusznego jest utrudnione, dzięki powiększonej macicy. Ogranicza się on tylko do rozprostowania zawęźlenia. W zgorzeli kiszki koniecznem jest usunięcie odpowiedniej pętli i wytworzenie odbytu sztucznego.

Monatschrift fur Gynäkologie und Geburtshulfe. April 1909.

F. P.

Pankow. *Wpływ trzebienia i wycięcia macicy na stan ogólny operowanych kobiet.*

Ze względu na ciężkie objawy pooperacyjne zabieg, polegający na usunięciu obu jajników, został ograniczony w obecnych czasach jedynie do nowotworów obustronnych. Objawy te dotyczą dziedziny psychicznej, układu naczyniowego i dziedziny odżywczej. Zaburzenia psychiczne wyrażają się w osłabieniu pamięci i przygnębieniu ogólnem. Najbardziej rzucają się w oczy zaburzenia w układzie krwionośnym: obok zawrotów głowy, pocenia się, szumu w uszach i bólu głowy, zdarzają się przypływy krwi do głowy i objawy ze strony serca. Zaburzenia odżywcze polegają z jednej strony na chorobliwem zwiększeniu się ilości tkanki tłuszczowej, z drugiej zaś strony na stopniowym zaniku narządów płciowych. Przyczyną tych zaburzeń jest brak pewnych produktów, wydzielanych przez jajniki, jako gruczoły wewnętrznej czynności wydzielniczej.

O wiele mniej zbadane są zaburzenia, występujące po usunięciu macicy. Autor dzieli je na dwa działy: zaburzenia, występujące w okresie miesiączkowania, tak zwane „molimina menstrualia“ i zaburzenia ogólne, nie pozostające w żadnej zależności od tej sprawy. „Molimina“, po usunięciu macicy wraz z przydatkami, nie zjawiają się nigdy, jako coś nowego. Stanowią one tylko dalszy ciąg zaburzeń już przed tem istniejących i nikną po upływie ½ roku Chorobliwe zwiększanie się podściółki tłuszczowej rzadko ma miejsce po usunięciu macicy. Nigdy prawie nie bywa zaników narządów płciowych. Zabieg ten nie przechodzi jednak zupełnie bez wpływu na stan ogólny chorej, występuje tu cały szereg zaburzeń, jak po trzebieniu. Spotykają się one głównie u kobiet starszych i w znacznie słabszym stopniu. Powstawanie ich nie polega na następczym zaniku jajników, jak to mniemano dawniej, lecz zależy od usunięcia macicy, jako narządu, posiadającego jakąś czynność wydzielniczą, konieczną do utrzymania równowagi w życiu ustroju.

Münchener medicinische Wochenschrif. № 6. 1909.

F. P

Himmelheber. *O znaczeniu jakościowego i ilościowego przerostu gruczołowego śluzówki macicy.*

Podczas miesiączkowania zachodzą w gruczołach macicy zmiany, polegające na przeroście ilościowym i jakościowym. Obok tych fizyologicznych zmian powstają, podług autora, zależnie od niektórych stanów chorobowych, histologicznie podobne obrazy. Charakterystyczną cechą kliniczną tych przypadków jest pojawienie się upławów. W obrazie mikroskopowym widzimy wtedy w gruczołach pęcherzykowate wypuklenia, wpuklenia i twory torbielowate. Powstawanie tych objawów w czasie przerwy między miesiączkami świadczy także o ich charakterze chorobowym. Podczas przewlekłego śródmiąższowego zapalenia śluzówki można spostrzegać pod mikroskopem charakterystyczne komórki plazmatyczne. Po ustąpieniu zapalenia spotykamy znów komórki wrzecionowate i przerost tkanki łącznej. Autor sądzi, że tylko wtedy możemy rozpoznawać na pewno zapalenie gruczołowe śluzówki macicy, jeżeli spotykamy w obrazie mikroskopowym wyżej wymienione komórki.

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. August 1909.

F. POŻARYSKA.

Eicke. *Anatomia i znaczenie kliniczne nowotworu kosmówkowego łożyska.*

Tkanka nowotworów kosmówkowych łożyska (chorioma placentae) stoi, pod względem budowy histologicznej, w ciasnym związku z tkanką łączną kosmówki i jej naczyniami. Kosmki stanowią punkt wyjścia w powstawaniu naczyniaków łożyska. Nowotwory tę powstają albo z powodu zwyrodnienia naczyniowego kilku kosmków, albo też z powodu zlepienia się kosmków z rozszerzonemi już naczyniami. Na odpowiednich preparatach można zauważyć zmiany w kosmkach: zwiększenie się w nich liczby naczyń włosowatych, silne ich napełnienie, rozszerzenie i zwiększenie liczby jąder w komórkach śródbłonka. Przyczyny powstawania tych nowotworów należy szukać w zmianach, zachodzących w naczyniach włosowatych łożyska. Chodziłoby tu więc o nieprawidłowe wrastanie kosmków do ściany macicy i wskutek zmienionego ciśnienia rozrastanie się i rozszerzenie naczyń włosowatych. Albo też grałyby tu rolę zagięcia żyły pępkowej w sznurze pępkowym, przytwierdzającym się do błon płodowych. W przypadkach, obserwowanych przez autora, pępowina była przytwierdzona do brzegu łożyska, co właśnie mogło wywołać zastój i—jako skutek jego—wytworzenie się nowotworu. Znaczenie kliniczne nowotworów naczyniowych łożyska polega na tem, że wywolują one krwawienie przed lub po odejściu łożyska, lub też jeszcze przed pęknię-

ciem pęcherza. Jako przyczynę krwawienia uważa autor zmniejszenie się rozciągliwości ściany macicy w obrębie nowotworu, lub też pozałożyskowe nagromadzenie krwi. Rokowanie jest dla matki pomyślne, dla dziecka niepomyślne. Większa część dzieci rodzi się w tych przypadkach przedwcześnie, są one martwe, z objawami zaburzeń w krążeniu krwi, spowodowanymi obecnością nowotworu.

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. März 1909.

F. P.

Mayer. *O wczesnem wstawaniu położnic.*

Zasadę wczesnego ćwiczenia uszkodzonych narządów zastosowano w ostatnich latach i w położnictwie, w postaci wczesnego wstawania położnic. Autor widział 300 przypadków, w których położnice wstawały wcześniej, niż po 10 dniach. Do tego, żeby przyjść do równowagi po wstrząśnieniu porodowem, potrzebuje kobieta conajmniej 3 dni. Zaburzenia, jakie mogłoby pociągnąć za sobą wstanie z łóżka na 4 dzień polegają na tem, że, dzięki silnemu zgięciu macicy ku przodowi, wywołanemu przez położenie stojące, powstaje czasem zatrzymanie wydzielin poporodowych. Przez przedwczesne ruchy ciała mogą wniknąć zarazki chorobotwórcze do niezabliźnionych jeszcze rozdarć i wywołują wtedy zakażenie ogólne. Te względy nie stanowią jeszcze przeciwwskazania do wczesnego podnoszenia się położnic, gdyż i 10 dniowy pobyt w łóżku powikłań tych nie usuwa. Dobre strony wstawania po 4 dniach polegają głównie na zmniejszeniu się liczby chorób poporodowych, wynoszą one 4,4%, wówczas gdy po dotychczasowem postępowaniu z położnicami wynosiły 19,6%. Zakrzepy i zatory nie zdarzają się nigdy. Na sprawę karmienia piersią wywiera też ten nowoczesny sposób wpływ dodatni: 95% położnic może karmić dzieci, wówczas gdy po dawniejszym sposobie odsetka ta wynosiła 63. W zależności od tego faktu stoi zapewne i zmniejszenie się częstości zapalenia ropnego gruczołów mlecznych. Czas leżenia po porodzie zależy głównie od samopoczucia kobiety, od jej sił i chęci. W sferze pracującej, gdzie opuszczenie łóżka równa się wypełnianiu ciężkich i wyczerpujących obowiązków, byłoby takie wczesne wstawanie przeciwwskazanem. Jako przeciwwskazanie należy też uważać w pierwszej linii stare lub nowe rozdarcie, rzeżączkę, a także zakażenie podczas porodu.

Münch. Med. Wochenschrift 9/II 1909.

F. P.

Natanson i Goldschmidt. *O morfologicznych stosunkach gruczołów Montgomera.*

Małe wyniosłości, zjawiające się dookoła brodawki piersiowej podczas ciąży, były opisane po raz pierwszy przez Montgomera w roku 1837. Badania późniejsze wykazały, iż w przestrzeni dookołabrodawkowej znajdują się dwa rodzaje wyniosłości. Jedne spotykają się zarówno u mężczyzn jak i u kobiet w każdym wieku. Są to wypuklenia bez granic ścisłych. Nadano im nazwę brodaweczek Morganiego. Drugie, znajdujące się tylko u kobiet podczas ciąży, przedstawiają wyniosłości większe, bardziej ograniczone. Nazwano je brodaweczkami Montgomera. Właściwie są to wypuklenia skóry dookołabrodawkowej, w których znajdujemy gruczoły łojowe, czasem w połączeniu z potowymi i z włosem. Zawierają one niekiedy dodatkowe zraziki gruczołu mlecznego i dodatkowe przewody mleczne, idące z głębszych warstw. Właściwej tkanki gruczołowej, którąby stanowiła istotną część tych tworów, zwanych gruczołami Montgomera, nie spotyka się w nich, zdaniem autorów, zupełnie.

Podczas ciąży następuje tutaj tylko rozrost dodatkowych gruczołów mlecznych i potowych w wypukleniach skóry dookołabrodawkowej.

Na zasadzie tych spostrzeżeń właściwiej byłoby nazywać opisywane powyżej wyniosłości brodaweczkami a nie gruczołami Montgomera.

Monats. f. Geb. und Gyn. Juli 1909.

F. POŻARYSKA.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 27 maja 1909 r.

1. *Janczewski Wł.* Pokaz chorej, operowanej z powodu nadnerczaka, oraz okazu usuniętego nowotworu.

2 *Ciechomski.* O postępowaniu operacyjnem w bąblowcu wątroby.

3. Rozprawy nad pokazami z posiedzenia poprzedniego.

4. *Stankiewicz Cz.* Uzupełnienie przemówienia o cięciu Pfannenstiela.

1. *Janczewski Wł.* przedstawił chorą i omówił następujący przypadek. Chora K. T. lat 50, z gub. Siedleckiej, była skierowana do Przytułku Położniczego № 1 z powodu guza w jamie brzusznej. Od 6 miesięcy chora zaczęła uczuwać bóle w lewem podżebrzu, a w jakiś czas potem zauważyła zjawienie się guza w tejże okolicy. Stopniowo bóle w lewem podżebrzu stawały się dokuczliwsze, a guz powiększał się i zarysowywał się wyraźniej. Od 3 miesięcy chora zaczęła chudnąć i słabnąć. Do tej pory nigdy nie chorowała—6 razy urodziła, ost. r. przed 2 laty.

Licho odżywiana, bez wyraźnych oznak charłactwa. Niedokrwista. W lewem podżebrzu twardy, bardzo mało ruchomy guz, wielkości dużej pięści, wyczuwalny od przodu i dołu, tylna i górna część jego ginęły pod żebrami i mięśniami przy kręgosłupie. Brzeg wewnętrzny, zwrócony ku pępkowi, przedstawiał się w postaci zaostrzonego kanta. Powierzchnia guza była nierówna. Pomimo cienkości powłok brzusznych miejsca, skąd wychodził guz, określić nie można było, a rozpoznanie wachało się między guzem śledziony i nerki lewej. Oględziny wnętrza pęcherza mocz. i cewnikowanie moczowodów, wykonane łaskawie przez d-ra Leśniowskiego, wykazało, że mocz z lewego moczowodu wypływa krwawy. Ustaliwszy rozpoznanie guza nerki, dr. Zaborowski wykonał 27/IV r. b. wycięcie nerki. Cięcie Israela, równoległe do 12 żebra, 15 cm. długości. Po przecięciu mięśni i powięzi nacięto otoczkę nerki i natępo palcem odłuszczono ją z trudem, wskutek mocnych zrostów z otoczeniem. Szczególniej trudne było oddzielenie głębokiej górnej powierzchni. Nerka przedstawiała się w postaci guza wielkości główki noworodka o powierzchni nierównej, falistej. Po długiem i mozolnem odłuszczaniu guza i wyważeniu go na zewnątrz, uchwycono krzywem zaciskadłem

szypułę guza i odcięto ją. Szypułę podwiązano, wyodrębniwszy poszczególne naczynia i podwiązując każde oddzielnie. Moczowód obszyto i pogrążono. Wtedy dopiero zauważono, że guz składał się z 2 części, na które był rozdzielony podczas wyłuszczania. W górnej części guz okrągły, wielkości pięści, trzymający się w głębi na naczyniach nerki, a u spodu drugi guz, na którym siedział pierwszy, jak w łupinie.

Wyłuszczenie drugiego guza było zupelnie łatwe. Ranę prawie zupełnie zaszyto, pozostawiając w dolnej części mały pasek gazy, ponieważ zbierało się tam nieco krwi, i nałożono opatrunek uciskający. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy, przez pierwsze 2 dni mocz był nieco krwawy. Pasek guzy usunięto na 3-ci dzień. Szwy zdjęto 10-go dnia. Ciepłota i tętno cały czas było w granicach prawidłowych.

Obecnie w lewem podżebrzu w okolicy usuniętej nerki wyczuwa się guz twardawy wielkości małej pięści, prawdopodobnie wznowa po usuniętym nowotworze.

Guz łaskawie zbadał dr. Dmochowski, który uznał go za gruczolak nerek. Gruczolaki przynercza umiejscowiają się nie tylko w przynerczu, lecz spotkać je też można w nerce, więzadłach szerokich i najądrzu. Początek im dają kompleksy komórek przynercza, istejące tam od okresu zarodkowego, które z czasem mogą przeistoczyć się w gruczolaki. W tkankach otaczających nerki spotkać można takie ugrupowania komórek dość często, a w porównaniu z tem względnie rzadko spotyka się przeistoczenie ich w nowotwory. Bujanie komórek, objętość tego rodzaju guzów i wrastania nowotworu w światło naczyń, spotykane w przypadkach większych guzów, stanowi o złośliwości nowotworu. Guzy te niejednokrotnie zajmują obydwa przynercza, przyczem w jednem może być guz złośliwy, w drugiem zaś łagodny.

Dosięgają one wielkości głowy dorosłego człowieka i są barwy żółtej, wskutek dużej ilości tkanki tłuszczowej. W środku guza można spotkać większe lub mniejsze ogniska tkanek obumarłych, zropienie, lub wylewy krwawe. Budowa ich w ogólnych zarysach przypomina dobrotliwe adenomaty i budowę przynercza. Guzy te dają przerzuty, które układają się dokoła nanowo powstających naczyń.

Częściej niż w przynerczu złośliwe gruczolaki z tkanki przynercza spotkać można w nerkach. Są to t. z. dawniej Lipomaty (Grawitz 1883). Usadawiają się pierwotnie w warstwie korowej nerki, w otoczce z tkanki łącznej, wrastają z czasem głębiej, zajmując miedniczkę, wrastają do żył nerkowych, do żyły głównej dolnej, a nawet do przedsionka prawego. Niebezpieczeństwo tych guzów polega na krwotokach i przerzutach licznych.

(Streśc. mówca).

Leśniowski zaznacza, że przypadek omawiany należał do rzędu tych, gdzie ustalenie rozpoznania właściwego możliwe jest dopiero po dokładnem zbadaniu narządów moczowych. Postać i umiejscowienie guza przemawiały raczej za cierpieniem śledziony. Sprawę wyjaśniło cewnikowanie moczowodów i próba z indigkarminem: z lewego moczowodu zaczął wypływać krwawy mocz przez cewnik, wprowadzony na głębokość zaledwie kilku ctm.,

co było dowodem opuszczenia miedniczki. Mocz zabarwiony zaczął wydzielać się z nerki lewej dopiero po upływie 30 minut.

Kryński sądzi, że jedną z przyczyn szybkiego nawrotu w przypadku danym jest niedość doszczętne wykonanie zabiegu, między innemi, jak widać z preparatu, pozostawienie miedniczki i moczowodu. Cięcie Israela, jako dające zbyt mało dostępu, nie nadaje się wogóle do operowania guzów złośliwych nerki; najodpowiedniejszem jest w tych razach, zdaniem K., cięcie Bergmanna — Kosińskiego.

Stankiewicz Cz. wspomina o zdaniu, wypowiedzianem przez Rovsinga, że zejście pomyślne rokują te tylko przypadki nowotworów nerek, gdzie nerka daje się usunąć z łatwością. W razie trudności w wyłuszczaniu operacja jest bezcelowa, ze względu na szybko występującą wznowę.

Zdaniem Leśniowskiego wobec guza złośliwego nerki najwłaściwsze jest postępowanie śródotrzewnowe, dające możność dokładnego rozejrzenia się w stosunkach i, w razie potrzeby, rozległego wycięcia naczyń nerkowych wobec istnienia w nich przerzutów, jak to miało miejsce w jednym z przypadków Krajewskiego.

Wogóle nowotwory nerki należy operować możliwie wcześnie, zanim guz nie rozszerzy się po za torebkę.

2. *Ciechomski* wypowiedział odczyt, zatytułowany: O postępowaniu operacyjnem w bąblowcu wątroby.

Już w r. 1760 Pollas pierwszy odkrył pasożytniczą naturę bąblowca, a w r. 1821 Bremser opisał dokładnie pasożyta tego u człowieka. O wiele wcześniej dzięki pracom całego szeregu autorów została wyświetlona natura i rozwój bąblowca, aniżeli leczenie jego oraz znaczenie dla ustroju ludzkiego.

W naszej literaturze 1-ą dość obszerną pracę, opartą na 2 spostrzeżeniach, ogłosił w r. 1886 W. Krajewski [1]). Podług Lencharta pasożyt ten jest częstszy na prowincyi, niż w wielkich miastach, przeważnie u ludzi biednych.

W Islandyi i Australii panuje prawie endemicznie, w Polsce zdarza się względnie rzadko.

Co do siedliska jego w ustroju, to jama brzuszna jest ulubionem jego miejscem, a częstość tę możnaby wyrazić liczbą od 60—70% w stosunku do wszystkich bąblowców u człowieka; z poszczególnych znowu narządów jamy brzusznej wątroba jest miejsce najczęstsze, później śledziona, dalej sieć i otrzewna, wreszcie nerka.

Rozpoznanie opierano głównie na 2 jakoby charakterystycznych cechach: drganiu przy uderzaniu guza oraz na właściwościach płynu.

Drganie to zależne jest od tarcia pęcherzy wtórnych, wypełniających pęcherz pierwotny, płyn zaś zazwyczaj przezroczysty posiada haczyki oraz ślady kwasu bursztynowego, natomiast nie zawiera białka.

Nie mówiąc już o zropieniu bąblowca, gdy wszystkie cechy powyższe nie będą miały miejsca, pęcherz pierwotny może nie zawierać wtórnych, jak

[1]) Kronika lekarska r. 1886.

również brak haczyków dość często spostrzegany w zupełności nie wyklucza istnienia bąblowca.

Guz gładki, chełboczący, usadowiony w podżebrzu prawem lub lewem, rytmicznie poruszający się przy oddychaniu i nie sprawiający choremu szczególnych dolegliwości powinien nasuwać podejrzenie bąblowca wątroby lub śledziony, zwłaszcza jeżeli guz stopniowo powiększa się i towarzyszą mu jeszcze niektóre objawy, jako to: ból w ramieniu prawem, pokrzywka, zapalenie opłucnej, nakoniec krótki i suchy kaszel obok wzmagającej się duszności.

Rozpoznanie jest względnie łatwe, gdy guz znajduje się niedaleko lub przy samym wolnym brzegu wątroby, trudniejsze jest natomiast, gdy bąblowiec rozrasta się ku górze w kierunku klatki piersiowej lub ku dołowi, wypuklając dolną powierzchnię wątroby.

Guz zropiały może nasuwać przypuszczenie sprawy zapalnej pęcherzyka żółciowego, ropnia podprzeponowego, nawet ropnego zapalenia dróg żółciowych.

Przed 3 laty Ciechomski na posiedzeniu sekcyi chirurgicznej przedstawił wątrobę, w której podczas oględzin pośmiertnych znaleziono w zrazie prawym dwa zropiałe ogniska bąblowcowe, wśród miąższu wątroby; podczas operacyi ognisk tych nie wykryto z powodu rozległych zrostów wątroby z przeponą, zresztą wywiady i przebieg b. przewlekłego cierpienia wskazywał raczej na kamicę z następczem zakażeniem dróg żółciowych.

Podobne rozpoznanie postawił C. w innym przypadku operowanym przed 2 laty, gdzie ropnica, żółtaczka, powiększenie wątroby i bóle kazały przypuszczać zapalenie ropne dróg żółciowych, tymczasem gdy podczas operacyi ani w pęcherzu, ani w przewodach nie znaleziono ropy, wtedy przy oglądaniu górnej powierzchni wątroby wykryto duże ognisko ropne, które, jak pokazało się przy przecięciu, było zropiałym bąblowcem; przypadek ten zarówno jak i pierwszy skończył się niepomyślnie. Oba one wszakże nasuwają uwagę, jak dalece należy być ostrożnym w stawianiu rozpoznania w cierpieniach przewlekłych wątroby, powikłanych naostatek ropnicą oraz jak pilnie należy oglądać powierzchnię wątroby w takich właśnie przypadkach, zanim przystąpimy do otworzenia pęcherza i dróg żółciowych.

Przekłucie próbne, świetny bądź co bądź rękoczyn rozpoznawczy i tak mocno zachwalany w pracy Krajewskiego, doświadczenie autorów późniejszych uznało, jako postępowanie wielce niebezpieczne z powodu rozsiania się bąblowca w jamie brzusznej.

Już w r. 1877 na zjeździe chirurgicznym w Berlinie, Volkmann i Hüter w celu ostrzeżenia przytaczali podobne przypadki, wspominano nawet o pokrzywce, jako o szczególnym objawie, który towarzyszy przedostaniu się płynu bąblowca do wolnej jamy otrzewnej.

Podług Neissera śmiertelność po przekłuciu bąblowca wątroby wynosi 12%, późniejsi autorowie przytaczali nawet przypadki nagłej prawie śmierci po przekłuciu próbnem.

Oczywiście tam, gdzie torba bąblowca lub sam narząd, w którym usadowił się bąblowiec, są zrośnięte z powłokami brzusznemi, przekłucie próbne nie pociąga za sobą żadnego niebezpieczeństwa.

Jak dalece może być rozległe rozsianie się bąblowca w jamie brzusznej, doskonale poucza przypadek, opowiedziany przed kilka laty na posiedzeniu sekcyi oraz przytoczony w pracy [1]) Ciechomskiego. 35 letni malarz pokojowy po spadnięciu z drabiny uczuł nagle mocny ból w brzuchu i dostał wymiotów, poczem jako ciężko chory leżał przez 2 tygodnie w łóżku; po niejakim czasie sam wyczuł w brzuchu kilka guzów; mimo to przez lat 10 czuł się dość dobrze i mógł pracować, wówczas uległ ponownemu stłuczeniu podżebrza prawego, okolica ta stała się natychmiast bolesna i obrzmiała, obrzmieniu wciąż powiększającemu się towarzyszyło podwyższenie się ciepłoty, przekraczające 39⁰. W szpitalu S-go Rocha, C. rozpoznał rozsianego bąblowca w jamie brzusznej naskutek pęknięcia przed 10 laty pierwotnego ogniska usadowionego w wątrobie, obecnie zaś—stan zapalny w owej torbie pierwotnej oraz przyklejenie jej do powłok brzusznych, a to niezawodnie jako skutek ponownego urazu. Po nacięciu torby zaczęła najprzód płynąć obficie ropa wraz z drobnymi pęcherzykami, później płyn przezroczysty z olbrzymią ilością drobnych pęcherzyków; o wydobyciu całkowitem niesłychanie wielkiego pęcherza pierwotnego wobec mocnego zrostu jego z miąższem wątroby nie mogło być mowy; wreszcie nie wykryto żadnej łączności między ogniskiem opróżnionem a innymi rozsianymi w jamie brzusznej. Narazie nie tknięto tych wtórnych ognisk wobec ropienia obfitego w ognisku wątrobowem, zresztą należałoby w kilku miejscach otwierać jamę brzuszną i narażać otrzewną na zakażenie z ogniska ropnego. Po zagojeniu rany pacjent nie zgodził się na ponowną operację z uwagi na niewielki rozrost wtórnych guzów w ciągu 10 lat, oraz na brak wszelkich dolegliwości ze strony tych guzów. Po 3 przeszło latach pacjent przybył ponownie do szpitala w stanie b. ciężkim wśród objawów ropnego zapalenia otrzewnej.

Nazajutrz zmarł; podczas oględzin pośmiertnych znaleziono pęknięcie zropiałego jednego z wyżej wspomnianych guzów wtórnych, tudzież stwierdzono niesłychanie rozległe rozmnożenie się bąblowca w całej jamie otrzewnej i we wszystkich jej narządach a więc w wątrobie, śledzionie, sieci i pomiędzy trzewami, a wszystko to pod postacią dość drobnych ale za to b. licznych pęcherzy bąblowca.

Zestawiając wszystko wyżej powiedziane, musimy przyjść do wniosku, że rozpoznanie bąblowca pomimo niektórych cech charakterystycznych niezawsze jest łatwe, niekiedy nawet nastręcza trudności nie do pokonania, wreszcie przekłócie próbne jako potężny czynnik rozpoznawczy może być stosowane tutaj z wielką oględnością z uwagi na możliwość rozsiania się guza, stąd wielkiego niebezpieczeństwa dla chorego.

Przechodząc do leczenia, to samo należy powtórzyć o przekłuciu, jako o metodzie leczniczej stosowanej najchętniej przez szereg lat.

Zarówno przekłucie bez wywołania ropienia, jako też i mające na celu zropienie bąblowca oczywiście najeżone szeregiem niebezpieczeństw ma dla nas jedynie historyczne znaczenie. To samo da się powiedzieć o metodzie

[1]) Przyczynek do kazuistyki ropni wątroby pochodzenia urazowego (Gazeta lekarska r. 1898).

Vernenila, polegającej na wprowadzeniu do torby bąblowca rurki trójgrańca na stałe (canule à demeure), i tu również zakażenie jamy bąblowca, gnicie pęcherzy, zatkanie rurki pęcherzami wtórnymi nie mogło być i dawniej postępowaniem zachęcającem.

Simon wprowadzał 2 rurki trójgrańca na 14 dni, poczem otwierał guz, przypuszczając dostatecznie mocny zrost jego z powłokami brzusznemi. Niebezpieczeństwo po wprowadzeniu 2 rurek jest napewno nie mniejsze, niż przy jednej, o czem była mowa wyżej, co zaś do zrostu otrzewnej ściennej z guzem, to i przy 2 rurkach nie zawsze on może i musi nastąpić.

Fidler wkłuwał również 2 trójgrańce, lecz w kierunku skośnym.

Inni jako to Finsen, Boinet, Küster stosowali w tym celu trójgrańce krzywe, Fischer zaś przez oba otwory po trójgrańcach przeprowadzał podwiązkę elastyczną, którą mocno zaciskał w celu wywołania zgorzeli powłok brzusznych i ściany torbieli pomiędzy obu otworami.

Metoda Recamiera, sięgająca r. 1827, była iście barbarzyńska, polegała bowiem na przyłożeniu ciasta żrącego na powłoki brzuszne w celu wywołania zlepienia ich z torbą guza, oczywiście po przeżarciu całej grubości ściany brzusznej.

Péan przed przyłożeniem ciasta żrącego wbijał gruby trójgraniec w torbę guza, zaś Gosselin i Trousseau po obnażeniu m. poprzecznego brzucha za pomocą ciasta żrącego radzili wbijać w sam guz strzałki, zrobione z tegoż ciasta.

Już w r. 1830 pierwszy Begin otworzył bąblowca wątroby za pomocą noża, wszakże mylnie uważany jest on za twórcę metody dwuczasowej, właściwie bowiem dopiero Volkmann około r. 1877 wskrzesił postępowanie Begina i wykonywał je nie na jednem, lecz na 2 posiedzeniach; mianowicie na 1-em otwierał otrzewną na całej długości rany powłok brzusznych, poczem między brzegi otrzewnej ściennej a ścianę guza wprowadzał paski gazy jodoformowej; po upływie 4—11 dni przystępował do aktu 2-go, a więc otwierał guz za pomocą noża, skoro nastąpił już dostatecznie trwały zrost pomiędzy otrzewną ścienną a powierzchnią guza. Naostatek do opróżnionej torbieli wprowadzał dreny i nakładał opatrunek przeciwgnilny.

Metoda Volkmanna, jako zapewniająca leczenie doszczętne bąblowca wątroby, zachęciła wielu swymi również dobrymi wynikami; wkrótce niektórzy naśladowcy radzili pewne odmiany w jej wykonaniu, np. Spiżarnyj radził przyszywać ścianę guza do powłok brzusznych, w celu zapewnienia sobie mocniejszych zrostów, Albert otwierał torbiel za pomocą żegadła, a Sklifasowskij za pomocą trójgrańca, a to w obawie krwawienia z miąższu wątroby, o ile pewna jej warstwa pozostała jeszcze na powierzchni torbieli, tymczasem Lawson-Tait zwracał uwagę, że nawet po przecięciu miąższu wątroby 2-u calowej grubości wystarczy ucisk lub obkłucie w celu pohamowania krwawienia. Krajewski nie zalecał wprowadzania pasków gazy pomiędzy brzegi otrzewnej ściennej i powierzchnię guza, po wytworzeniu się bowiem zrostów poza gazą, na miejscu owych pasków, a więc pomiędzy ścianą brzuszną i ścianą guza pozostaje rynienka, w której łatwo zatrzymywać się może wydzielina torbieli.

Metoda Lindemanna jednoczasowa, ogłoszona przez Kirchnera w r. 1879,

zdaniem wielu zwolenników uważana była jako postępowanie doskonalsze w porównaniu ze sposobem Volkmanna. Polegała ona na możliwie szczelnem zetknięciu powierzchni guza z brzegami otrzewnej ściennej za pomocą 2 podwiązek. L. mianowicie nakładał najprzód szew kuśnierski na przeciętą ścianę brzuszną w celu powstrzymania krwawienia (szew ten później usuwał), poczem po obu stronach rany i na całej jej długości przeprowadzał przez torbę bąblowca dwie długie nitki, równolegle do brzegów rany powłok brzusznych, wreszcie oba końce każdej nitki wyprowadzał nazewnątrz przez ścianę brzuszną. Dzięki pociąganiu nitek z obu stron rany powierzchnia guza przylega szczelnie do otrzewnej ściennej, wówczas wykonywa się nacięcie torby bez obawy przedostania się jej zawartości do jamy otrzewnej; naostatek L. spajał za pomocą szwu brzegi przeciętej torby bąblowca z raną powłok brzusznych.

Landau zmienił postępowanie Lindemanna w ten sposób, że nakładał nie po jednej, lecz po dwie nitki na obu brzegach rany, zatem powstawały 4 pętlice, za pomocą których zbliżono ku sobie powierzchnię guza i otrzewną ścienną; wreszcie przed otworzeniem bąblowca Landau radził wypompować część zawartości torbieli, co nie zawsze jest łatwe, albo zgoła niewykonalne, jeżeli w torbieli pierwotnej znajdują się pęcherze wtórne, które zazwyczaj zatykają rurkę przyrządu ssącego.

Krajewski radził nakładać po jednym szwie na obu biegunach rany z tą wszakże różnicą, że każdy szew drążył przez torbiel i przez oba brzegi rany powłok brzusznych, a po otworzeniu torbieli nitkę przebiegającą wewnątrz guza przecinał, w ten sposób w każdym biegunie rany powstawały po 2 pętlice, które później zużytkowywał jako pierwsze szwy, spajające brzeg torbieli z raną ściany brzusznej, resztę brzegów spajał za pomocą szwu kuśnierskiego.

Spiegelberg przed obszyciem brzegów guza i powłok brzusznych radził wycinać część ściany torbieli, w celu zmniejszenia objętości jamy i co za tem idzie—przyśpieszenia zagojenia się rany. Terrier i Lucas Championiere wycinali znaczną część ściany bąblowca, pozostawiając z dna torbieli tylko niewielki kikut, który następnie wszywali w powłoki brzuszne.

Niektórzy autorowie francuscy i angielscy, jak np. Richelot, Rechis, Lawson-Tait i inni zaniechali z czasem nakładania szwów prowizorycznych na ścianę guza i powłoki brzuszne, natomiast zadawalniali się w zupełności przyciskaniem powłok brzusznych do guza rękoma pomocników podczas otwierania torby bąblowca.

W razie istnienia kilku torbieli, łączących się ze sobą, usiłowano zawsze utorować im drogę w celu opróżnienia przez pierwszą torbiel, w przeciwnym razie otwierano każdą oddzielnie przez powłoki brzuszne.

Wieloliczne ogniska bąblowcowe, zawarte w jednym narządzie, radzono wycinać całkowicie wraz z dotkniętym narządem, o ile oczywiście usunięcie jego jest możliwe, jak np. śledziony, sieci, nerki. Loreto wraz z bąblowcem usunął znaczną część zrazu wątroby.

Z biegiem czasu przytoczone wyżej sposoby operacyjne wydały się wielu autorom za niedostateczne z uwagi na długotrwałe ropienie torby bąblowca, powstawanie trudno gojących się przetok i t. d., usiłowano zatem

operować więcej doszczętnie, aby na tej drodze możliwie skrócić okres leczenia pooperacyjnego. Pozzi, Loebker i inni wyłuszczali torbę bąblowca, a pozostałą jamę szczelnie tamponowali.

Delbet po wyłuszczeniu torby całą pozostałą jamę zamykał za pomocą szwów piętrowych katgutowych, poczynając od dna rzeczonej jamy.

Billroth po otworzeniu torby usuwał jak najstaranniej wszystkie pęcherze wtórne oraz płynną jej zawartość, poczem wlewał do torby 30 — 50 ctm. mieszanki jodoformowej z gliceryną i samą torbę szczelnie zeszywał. Bobrow w tym samym celu zamiast mieszanki jodoformowej stosował fizyologiczny roztwór soli.

Posadas i Bobrow radzili również zeszycie całkowite torby bąblowca bez wypełniania jej jakimkolwiek płynem. Razumowski zeszytą w powyższy sposób torbę umocowywał w rozporku powłok brzusznych.

Nakoniec Weinlechner zamiast mieszanki jodoformowej wlał do opróżnionej torbieli 300 gr. Sherry.

Zdaniem Kehra większość przytoczonych metod postępowania doszczętnego ma wiele stron ujemnych. Zatrzymanie się krwi i żółci, wreszcie ropienie jamy pozostałej po wyłuszczeniu torby bąblowca może niekiedy ciężko powikłać przebieg pooperacyjny, to samo da się powiedzieć o sposobach polecających zeszycie torby, tu nadewszystko możliwy jest nawrót cierpienia.

O metodzie Posadas – Bobrowa niekorzystnie wypowiedział się Orłow[1]), który operował w ten sposób 5 przypadków bąblowca wątroby oczywiście niezropiałego i przyszedł do następujących wniosków: a) pasożyt łatwo może pozostać pomimo najstaranniejszego oczyszczenia torby, stąd łatwy nawrót cierpienia (przypadki Büdingera, Razumowskiego i Bobrowa), b) względnie częste zropienie, mianowicie 27 razy na 134 przypadki, a więc w 20%, c) przedostawanie się żółci do zaszytej jamy, d) niezbyt rzadkie w przebiegu pooperacyjnym zapalenie płuc, e) wreszcie prawie nieunikniony stan gorączkowy po operacyi.

Śmiertelność przy takim sposobie postępowania Orłow ocenia na 6,7%.

W przypadku bąblowca wątroby, mocno wypuklającego się do klatki piersiowej, Israel wykonał operacyę trzyczasową z pomyślnym skutkiem i o postępowaniu swem zdał sprawę na zjeździe chirurgów w Berlinie w r. 1879. Najprzód wyciął część 6-go żebra z prawej strony i otworzył jamę opłucnej, skoro po kilku dniach opłucna żebrowa dostatecznie mocno skleiła się z opłucną przeponową, przeciął przeponę i tym sposobem przedostał się do powierzchni guza; po obetkaniu gazą przestrzeni między guzem a przeponą postępowanie dalsze odłożył znowu na kilka dni; gdy stwierdził już trwały zrost otrzewnej przeponowej z powierzchnią guza, wówczas na 3-em posiedzeniu otworzył torbę bąblowca.

Trendelenburg[2]) w podobnym przypadku radził zeszywać opłucną żebrową z opłucną przeponową na 1-em posiedzeniu; po 10 dniach, gdy już

---

[1]) Deut. Zeit. f. Chir. B. 60 p. 439.

[2]) Handbuch der prakt. Chir. T. III str. 482.

jama opłucnej była należycie zabezpieczona, przecinał przeponę; jeżeli guz wątroby był zrośnięty z przeponą, otwierał natychmiast torbę bąbłowca, a więc kończył całą operacyę na 2-iem posiedzeniu, w przeciwnym razie przecięcie torby odkładał jeszcze na kilka dni, dopóki nie wytworzył się należyty zrost przepony z wątrobą. Postępowanie Trendelenburga stosuje się zazwyczaj przy ropniach podprzeponowych, z tą wszakże różnicą, że cały zabieg częstokroć wykonywa się na jednem posiedzeniu odrazu.

Bąblowce, usadowione przeważnie na górnej powierzchni wątroby, a więc wypuklające się ku przeponie, możnaby z zupełnem powodzeniem atakować od strony klatki piersiowej według sposobów, podanych dla ropni podprzeponowych lub dla ropni wątroby. Bardzo dogodny przystęp do wypukłej powierzchni prawego zrazu wątroby da nam sposób Lannelonguea[1]), polegający, jak wiadomo, na wyrezekowaniu trójkąta czy też trapezu z dolnego brzegu klatki piersiowej i z podstawą, zwróconą ku dołowi. Cięcie poziome na łuku żebrowym 10 ctm. długości i drugie doń prostopadłe dają możność wykrajania 2 płatów trójkątnych, skórnomięśniowych i wyrezekowania części żeber wraz z tkankami międzyżebrowemi, poczynając od 10-go aż do 6-go, a to odpowiednio do potrzeby. L. taki sposób postępowania zastosował w ropniach wątroby gruźliczych, oraz towarzyszących im często ropni okołowątrobowych tegoż charakteru. Niewątpliwie zabieg ten daje doskonały przystęp nietylko do ropni gruźliczych wątroby, lecz i do wszelkich spraw, usadowionych mniej lub więcej głęboko pod przeponą, nadewszystko zaś ma tę wielką zaletę, że bez otwierania otrzewnej pozwala odsłaniać znaczną część wypukłej powierzchni wątroby, rozumie się tam, gdzie zrosty, znajdujące się poniżej, dostatecznie zabezpieczyły już otrzewną.

Do takiego również celu dąży sposób operacyjny, podany przez Canniota, który radzi wycinać nie żebra, lecz części chrząstek 10-go, 9 go, 8-go, a nawet i 7-go żebra wraz z tkankami międzyżebrowemi, a to za pomocą cięcia skóry, poczynającego się w odległości 3 ctm. od mostka i 2 ctm. powyżej łuku żebrowego i kończącego się na miejscu połączenia się 10-go żebra ze swą chrząstką. Zabieg ten daje możność odsłonięcia wypukłej powierzchni wątroby bez otwierania opłucnej.

Thompson w ropniach wątroby, wystających do klatki piersiowej, i nie opuszczających się poniżej łuku żebrowego, radzi następujące postępowanie: po wyrezekowaniu części 7-go, 8-go, albo 9-go żebra należy opłucną ścienną przyszyć do opłucnej pokrywającej przeponę, poczem przeciąć przeponę i brzegi jej przecięcia przyszyć do osłony wątroby. Tym sposobem powstaje kanał, doskonale odgraniczony od jamy opłucnej i otrzewnej.

Oto jest pokrótce opowiedziana historya leczenia bąblowca wątroby do ostatnich czasów. Sposobów postępowania operacyjnego, jak widzieliśmy, jest wiele i prawdopodobnie dla tego, że większość ich nie jest pozbawiona dość poważnych stron ujemnych. Wybór tej lub owej metody operowania musi być oczywiście zależny nietylko od usadowienia się bąblowca odpowiednio do powierzchni narządu i głębokości, lecz i od stanu jego w da-

[1]) Ciechomski. Przyczynek do kazuistyki ropni wątroby urazowego pochodzenia. (Gazeta Lekarska 1898).

nej chwili; przy bąblowcu zropiałym, znajdującym się zaraz pod otoczką wątroby, postępowanie musi być inne, aniżeli przy niezropiałym, lub przy usadowieniu się jego w głębi narządu. Sposoby operowania ropni wątroby mogą być zastosowane w bąblowcu, znajdującym się pod górną powierzchnią wątroby, z pewnemi wszakże zastrzeżeniami, np. metoda Thompsona da się zastosować zupełnie słusznie w bąblowcu niezropiałym lub zropiałym, lecz znajdującym się nieco głębiej pod powierzchnią wątroby, w przeciwnym bowiem razie przyszycie przepony do osłony wątrobowej, pod którą natychmiast znajduje się torba bąblowca, nie może być bezkarne, wobec nieodwołalnego w tym razie przekłucia torby i co za tem idzie wylania się zawartości bąblowca do jamy otrzewnej W przypadkach takich więcej ma za sobą słuszności postępowanie Trendelenburga, mianowicie doczekanie się zrostu pomiędzy powierzchnią wątroby a brzegami przeciętej przepony.

Naostatek należałoby rozstrzygnąć pytanie, która z dróg jest dogodniejszą w celu atakowania bąblowca wątroby, czy przez klatkę piersiową powyżej przepony, czy przez otrzewną poniżej łuku żebrowego i czy możnaby torować sobie drogę przez klatkę piersiową nawet do bąblowców, wypuklających się na dolnej powierzchni wątroby?

Pytanie ostatnie mimowoli cisnęło się na usta podczas roztrząsania demonstrowanego na ostatniem posiedzeniu przypadku, który stał się źródłem niniejszej pracy; pytanie to przychodziło na myśl już podczas operacyi, połączonej z wielkiem obrażeniem mięśni brzucha, a stąd niezawodną, rozległą przepukliną ściany brzusznej w górnej jej części.

Jakkolwiek w danym przypadku obie torby bąblowcowe wypuklały się wyłącznie na dolnej powierzchni obu zrazów wątrobowych, nie mniej przeto torby te dzięki swej wielkości musiały koniecznie drążyć głęboko w miąższu wątroby, a więc musiały sięgać niedaleko górnej jej powierzchni, tembardziej, że oba wypuklenia znajdowały się zdala od przedniego kantu wątroby, zatem zamiast olbrzymiego cięcia poprzecznego powłok brzusznych, rozległego zabezpieczania otrzewnej za pomocą licznych pasków gazy, wreszcie zamiast mozolnego bądź co bądź przedostawania się do guzów na b. znaczną głębokość, czy nie lepiej było po stwierdzeniu siedliska obu bąblowców atakować guz w zrazie lewym przez otrzewną, w prawym zaś przez klatkę piersiową; nie mówiąc już o obrażeniu mięśni brzucha, w danym razie przedostanie się do guza w zrazie prawym przez klatkę ponad przeponą byłoby może łatwiejsze, aniżeli przez otrzewną, przecięcie zaś pewnej warstwy wątroby na górnej jej powierzchni w celu otworzenia torby bąblowca nie może mieć znaczenia.

O ile przypuszczenie to jest słuszne, a niebezpieczeństwo operowania przez otrzewną uzasadnione, należałoby większość bąblowców prawego zraza wątroby atakować przez klatkę piersiową drogą nadprzeponową.

W dyskusyi Kryński zaznacza, że postępowanie w bąblowcu jamy brzusznej powinno opierać się na zasadach, ogólnie stosowanych w torbielach z zawartością zakażoną, t. j. dążyć przedewszystkiem do zabezpieczenia jamy otrzewnej od zakażenia. Wobec tego nakłucie próbne bąblowca powinno być raz na zawsze zaniechane. Szczegół ten, choć nie nowy, został zupełnie słusznie zaznaczony z naciskiem w przemówieniu Ciechomskiego. Z powyższych

również względów w operowaniu bąblowca oddać należy pierwszeństwo postępowaniu dwuczasowemu. Ze szczegółów technicznych postępowania operacyjnego w bąblowcu wątroby, K. wspomina o zalecanem przez Brunsa wycięciu częściowem wątroby w celu zmniejszenia, względnie umożliwienia zeszycia jamy, pozostałej po pęcherzu bąblowcowym.

Leśniowski opisuje szczegół, tyczący się techniki operowania bąblowca wątroby, zastosowany w przypadku, spostrzeganym wspólnie z Ciechomskim. Po otworzeniu jamy brzusznej cięciem poprzecznem pod łukiem żebrowym, okazało się, że bąblowiec zropiały wychodzi z górnej powierzchni wątroby. Wówczas dodano cięcie podłużne na klatce piersiowej prostopadłe do poprzedniego, wycięto 4 chrząstki żebrowe i, poczynając od dołu, obszyto wkoło przestrzeń trójkątną szwami, sięgającymi głęboko przez mięśnie międzyżebrowe, oba listki opłucnej, przeponę i otrzewną. Poczem rozcięto wszystkie wspomniane powyżej warstwy w obszytej przestrzeni. Postępowanie takie zaleca L. w tych wogóle razach, gdy, po otworzeniu jamy otrzewnej, cięciem poprzecznem, zachodzi potrzeba uprzystępienia górnej powierzchni wątroby i jednocześnie niezbędne jest zabezpieczenie opłucnej od możliwego zakażenia.

Horodyński zwraca uwagę, że zabieg, opisany przez L., chroni od zakażenia opłucną, nie zabezpiecza jednak bynajmniej pod tym względem jamy otrzewnej.

Oderfeld opisuje w krótkości 3 przypadki własne bąblowca, mianowicie: wątroby, przestrzeni przedotrzewnej Retziusa, oraz jamy brzusznej w postaci olbrzymiego pęcherza z nader licznymi uchyłkami. Co do postępowania, podanego przez Leśniowskiego, O. nie widzi zasadniczej różnicy między tem ostatniem i zwykłą transpleuralną metodą operowania spraw chorobnych wątroby. Wspomniane postępowanie ma natomiast tę wadę, że szwy nakłada się na ślepo, co wpłynąć może ujemnie na dokładność zespolenia opłucnej.

Leśniowski wyjaśnia, iż po wycięciu żeber brzeg dolny rany daje się z łatwością odwinąć ku górze, co pozwala nałożyć szwy pod kontrolą wzroku. Zaletą zabiegu jest ta okoliczność, że opłucna zostaje zeszyta, względnie zabezpieczona od zakażenia przed nacięciem. Horodyńskiemu L. odpowiada, że z zabezpieczaniem otrzewnej sposób przezeń podany nie ma nic wspólnego; to ostatnie musi być uskutecznione oddzielnie sposobami, zwykle w tym celu stosowanymi.

Ciechomski, streszczając raz jeszcze przemówienie własne i zdania w rozprawach wypowiedziane, przychodzi do wniosku, że operowanie bąblowca jamy brzusznej powinno być zasadniczo dwuczasowem: zabieg pierwszy polegać powinien na otwarciu jamy brzusznej i otoczeniu bąblowca pasami gazy, gdyż obszycie cienkiego pęcherza bąblowcowego jest zwykle niemożliwe. Dopiero podczas zabiegu następnego wykonać należy nacięcie, względnie wyłuszczenie bąblowca.

3. W dyskusyi nad pokazami *Hincza i Gębarskiego* (patrz posiedzenie dn. 13 maja). Szerszyński mówi o spostrzeżeniu własnem przykurczeń palców rąk, leczonem fibrolizyną i miesieniem: pomimo trzydziestu kilku

wstrzyknięć polepszenia nie było, natomiast wystąpiły objawy zatrucia tiozinaminą: bóle i zawroty głowy, osłabienie ogólne, poty i t. d.

Zembrzuski stosował tiozinaminę w przypadku zwężenia bliznowego cewki moczowej również bez wyniku dodatniego.

4. *Stankiewicz Cz.* w uzupełnieniu przemówienia swego z dnia 13 maja o cięciu Pfannenstiela zaznacza, iż jego statystyka powiększyła się o nowe 4 przypadki, obejmuje więc obecnie 40 spostrzeżeń. S. zwraca uwagę na wielką doniosłość dokładnego tamowaniu krwawienia podczas szycia rany brzusznej po cięciu Pfannenstiela, gdyż powstają tu łatwo krwiaki. Aby zapobiedz temu, S. napełnia pod koniec operacyi pęcherz moczowy roztworem kwasu bornego, na zeszytą zaś ranę brzuszną kładzie na 48 godzin worek z piaskiem, wagi 750—1000 grm. W jednym z ostatnich przypadków bezpośrednio po operacyi wystąpiły objawy wyczerpania serca, które początkowo brano za zależne od działania chloroformu i usiłowano zwalczać dużemi dawkami kamfory etc. Okazało się następnie, iż objawy te towarzyszyły wytworzeniu się krwiaka, wielkości pięści, leżącego poza powięzią, krwiak ten, po częściowem otwarciu rany brzusznej, opróżniono. W pozostałych przypadkach S. nie spostrzegał ani razu wytworzenia się guzów krwawych w przebiegu pooperacyjnym, ropienie ograniczone w ranie brzusznej raz jeden.

(Streścił mówca).

P. HINCZ.

Posiedzenie dnia 17 czerwca 1909 r.

1. *Stankiewicz Cz.* Przypadek promienicy jamy brzusznej.
2. *Sawicki.* Pokaz pasa brzusznego duńskiego Vermehrensa.
3. *Stankiewicz Wł.* Przypadek kolana koślawego pochodzenia urazowego.
4. *Kryński.* Przypadek ropnia zrazu skroniowego pochodzenia usznego.
5. *Oderfeld.* Przypadek wgłobienia kiszki grubej w grubą.
6. *Krauze.* Pokaz żyły nożnicowej, usuniętej całkowicie
7. *Grosglik.* Pokaz gruczołu krokowego, usuniętego sposobem Freyera.

1. *Stankiewicz Cz.* omawia przypadek promienicy jamy brzusznej. Przypadek ten dotyczy kobiety 26-letniej, wieśniaczki z okolic Grójca, zamężnej od lat pięciu. Pacyentka urodziła trzykrotnie; ostatni poród przedwczesny, w 8-ym miesiącu, odbył się przed ośmiu miesiącami, poczem gorączkowała sześć tygodni. Poronień nie było Miesiączka $^4/_4$, średnio obfita, bez bólów. Od dwóch miesięcy bóle w brzuchu, gdy chodzi; w czasie leżenia bólów chora nie odczuwa; w brzuchu zauważyła obecność guza.

Obecnie chora miernie odżywiona, niedokrwista, wzrostu średniego.

Płuca, serce, nerki prawidłowe. Podbrzusze i część śródbrzusza zajmuje guz okrąglawy, wielkości głowy dziecka, nieruchomy, twardy, dochodzący górną granicą do pępka; na prawo guz przechodzi nieco poza linię pośrodkową ciała; na lewo dochodzi do linii pachowej przedniej.

Guz ten zlewa się z macicą, tak iż jej trzonu nie można wyczuć oddzielnie. Z prawej strony, w miejscu przypuszczalnem przydatków macicy, guz twardawy, wielkości pomarańczy. Na stronie lewej od guza idą ku ścianie miednicy masy wysiękowe, dość twarde, na ucisk mało wrażliwe; zarysy górnej powierzchni wysięku niedość wyraźne. Po dwóch dniach pobytu w szpitalu chora zaczęła gorączkować do 38.6, nad lewym więzem Pouparta po kilku dniach wytworzyło się wygórowanie bolesne na ucisk; skóra w tem miejscu zaczerwieniona. Cięciem, równoległem do więzu Pouparta, wypuszczono niewielką ilość ropy (badanie bakteryologiczne—ropa jałowa); i włożono sączek gumowy: ciepłota spadła. Wysięk się nie zmniejszył.

We dwa tygodnie potem, o godzinie 12 w nocy, chora dostała nagle bólów w brzuchu, więcej na stronie prawej. Wymioty dwukrotnie. T. 120, C. 38.2. Wyraźna bolesność w miejscu typowem dla wyrostka robaczkowego. Rozpoznanie: appendicitis. O godz. 10 rano nazajutrz cięcie Jalaguiera w odurzeniu chloroformowem. Otrzewna zgrubiała. Sieć w zrostach ze ścianą brzuszną, jelitem cienkiem, przykrywa guz wielkości pomarańczy, leżący we wchodzie do miednicy lub nieco wyżej przy jej ścianie; w guzie wyraźne chełbotanie. Zawartość żółtawa, galaretowata. Po rozdzieleniu zrostów ku górze i tyłowi otwiera się jamę, wielkości mandarynki, wypełnioną płynem surowiczo-ropnym. Na tem zabieg ukończono, wkładając do rany sączek gumowy i paski gazy; wyrostka robacz. nie widziano. Ranę brzuszną cięściowo zaszyto. Po zabiegu bóle ustąpiły i ciepłota spadła; nasilenia wieczorne dochodziły jeszcze czas jakiś do 37 i kilku dziesiątych.

Gdy następnie ropienie z ran brzusznych nie ustawało, zebrano ropę ponownie do badania bakteryologicznego. Tym razem udało się wyhodować grzybki promienicze (Dr. Serkowski), w postaci nici. W dalszym przebiegu wytworzył się ropień wielkości orzecha włoskiego w skórze ponad pępkiem; ropień ten pękł sam. Po ustaleniu rozpoznania zastowano do wewnątrz natrum jodatum po 2.0 dziennie, do przetok zaś zaczęto wkroplać nalewkę jodową. Pod wpływem tego leczenia ropienie z przetok ograniczyło się znacznie, stan ogólny poprawił się, aczkolwiek przedmiotowo nie daje się stwierdzić zmiany w wielkości i innych cechach guza.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na wciągnięcie w sprawę promieniczą narządów rodnych, oraz tkanki luźnej podotrzewnej miednicy.

(Streścił mówca).

Karczewski wątpi, czy punktem wyjścia sprawy chorobowej są w istocie narządy płciowe; prawdopodobniejszem wydaje się K., iż sprawa szerzy się z wyrostka robaczkowego, leżącego w miednicy: przypadek w takim razie nie należałby do zbyt rzadkich. Co do postępowania leczniczego — wycięcie całego nacieczenia zapalnego, aczkolwiek przedstawiającego się jako guz ograniczony, nie jest wskazane; należy poprzestać na otworzeniu ropni i zastosować jodek potasu lub też siarkan miedzi do wewnątrz i miejscowo.

Kryński sądzi, iż dane kliniczne wskazują na niewątpliwe cierpienie narządów płciowych: czy jest ono pierwotne, czy też wtórne, rozstrzygnąć obecnie niepodobna. K. przypomina, że przypadek Zemanna niewątpliwie pierwotnej promienicy narządów płciowych, z pochwą jako wrotami zakaże-

nia, jest dotyczas jedyny w piśmiennictwie. Co do skuteczności działania jodku potasu w promienicy zdania są podzielone; gorącymi zwolennikami środka tego są, między innymi, Wölfler i Rydygier.

Stankiewicz w odpowiedzi Karczewskiemu zaznacza, iż bynajmniej nie twierdził, by sprawa w narządach płciowych była pierwotna. W każdym razie samo jej umiejscowienie jest bezwarunkowo niezwykłe i za takie uważa je prof. Przewoski. Veit w swym obszernym podręczniku podaje jeden tylko przypadek promienicy tkanki łącznej miednicy.

Kijewski Fr. przypomina kilka spostrzeżeń własnych promienicy jamy brzusznej. Miejscem wyjścia sprawy chorobowej, według przekonania mówcy, był zawsze wyrostek robaczkowy, aczkolwiek nie we wszystkich przypadkach fakt ten można było ustalić z pewnością. W jednym z przypadków z licznymi ropinami ściany brzusznej w zawartości jednego z nich znaleziono kawałek słomy. Przypadek drugi, zbliżony do przedstawionego przez Stankiewicza pod względem umiejscowienia cierpienia, dotyczył 40-letniej kobiety, która uskarżała sie na bóle w części lędźwiowej księgosłupa i u której wywytworzył się ropień pod więzem pachwinowym, co stało się powodem błędnego początkowo rozpoznania ropnia opadowego z kręgosłupa. Badanie drobnowidzowe ropy i dalsze spostrzeganie ustaliło rozpoznanie promienicy tkanki łącznej miedniczej z wyrostkiem robaczkowym, jako przypuszczalnemi wrotami zakażenia. W przypadku tym otrzymano wyleczenie zupełne. W trzecim wreszcie przypadku sprawa chorobowa szerzyła się pod postacią periproctitis.

2. *Sawicki B.* przedstawia 40 letnią chorą, której przed pół rokiem wykonał laparotomię z powodu ostrej niedrożności jelit. Chora w d. 28 listopada 1908 r. była zapisana do szpitala dla chorób zakaźnych z powodu tyfusu wysypkowego. W d. 14 grudnia przestała gorączkować; 18 grudnia dostała boleści, wymiotów, czkawki z ogólnem osłabieniem, zaparciem stolca i upadkiem tętna. Pomimo lawatyw i środków czyszczących, stolca nie było. Wobec tego w d. 22 grudnia chorą przepisano do szpitala Dzieciątka Jezus. Tu znaleziono ogromne osłabienie; tętno 130, słabe, język obłożony, podsychający, czkawka, brzuch umiarkowanie wzdęty; największe wzdęcie w prawej okolicy biodrowej i w nadbrzuszu. Lewa okolica biodrowa daje stępienie. Od nocy wymiotów nie było. Dnia poprzedniego po wlewaniach Hegara jakoby wyszło nieco wiatrów. Wobec tego zastosowano narazie środki podniecające i wysokie lawatywy. 23 grudnia wzdęcie brzucha większe, wymioty kołowe. Laparotomia, 2 pętle jelita cienkiego znaleziono uciśnięte w prawym dole biodrowym przez pasmo 15 cm. długie, które szło od sieci do krezki jelita biodrowego, w pobliżu wpadnięcia tegoż do kątnicy. Pasmo zaciskujące przecięto. Jamę brzuszną zamknięto. W 3 dni po operacyi pacyentka zaczęła gorączkować, przyczem rozwinęło się zapalenie lewego płuca. Ciepłota opadła po miesiącu. W 2 miesiące po operacyi pacyentka opuściła szpital, jako wyleczona. Na miejscu blizny, na linii pośrodkowej w dolnej połowie brzucha wytworzyła się dość duża przepuklina, dla której podtrzymania S. zastosował duński pas Vermehrensa, zalecany przez Rovsinga w pracy tegoż o enteroptozie. Pas ten S. przedstawia, za-

znaczając, że mniej on uciska okolicę krzyżowo-lędźwiową a także krocze, niż zwykle używane u nas pasy brzuszne.

(Streścił mówca).

3. *W. Stankiewicz* przedstawia pacyenta lat 19, który wstąpił do szpitala Ewangielickiego d. 3 kwietnia r. b. z powodu cierpienia w kolanie prawem, powstałem po uderzeniu żelazem w fabryce przed 4 tygodniami. Chory ma się ogólnie dobrze, ale narzeka na ból w kolanie prawem i utykanie przy chodzeniu, skutkiem czego nie może pracować. Badanie kolana wykazuje zmianę kształtu, znaną klinicznie jako kolano koślawe (Genu valgum), nadto wyczuwa się znaczne zgrubienie w okolicy kłykcia wewnętrznego, oraz pewną bolesność od uciskania tej okolicy. Ruchy zgięcia oraz wyprostne odbywają się dość swobodnie. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje złamanie kłykcia wewnętrznego i zrośnięcie się obu powierzchni złamania z dość znacznem przemieszczeniem. Ten właśnie zrost nieprawidłowy wywołał zmianę w położeniu wzajemnem do siebie powierzchni stawowych kolana i stąd wytworzenie kolana koślawego. Ponieważ jedyną na to radą była operacya, więc dnia 27/4 S. wykonał przecięcie poprzeczne kości udowej, w części trzonu tuż ponad nasadą i doprowadziwszy kończynę do zupełnego wyrównania krzywizny, ustalił w opatrunku unieruchomiającym. Po przebiegu aseptycznym w 4 tygodnie opatrunek został zdjęty i pacyent zaczął wstawać i chodzić. Kończyna jest zupełnie prosta, niema śladu wygięcia w kolanie, a ruchy stawu zupełnie swobodne. Na miejscu operacyi wyczuwa się niewielkie zgrubienie kostne. Pacyent jeszcze nieco utyka, skutkiem pewnego osłabienia mięsni i więzadeł stawowych; objaw ten jest tylko czasowy i o zupełnej sprawności kończyny nie można wątpić.

Dawniej S. operując Genu valgum wycinał klin z trzonu kości udowej z podstawą na powierzchni wewnętrznej, przekonał się jednak, że równie dobry wynik daje zwykłe poprzeczne przecięcie kości, wykonane z przodu po przecięciu części miękkich w kierunku podłużnym.

(Streścił mówca).

Kryński sądzi, że w dużem skrzywieniu kości bardziej celowe jest wycięcie z niej klina, po którem pozostaje wprawdzie pewne skrócenie kończyny, jednak dostosowanie odłamów jest dokładniejsze i zrośnięcie ich pewniejsze.

Krauze zaznacza, że w kolanie koślawem pochodzenia krzywicowego przecięcie kości udowej zwykle nie wystarcza i zachodzi potrzeba dodatkowego przecięcia piszczeli.

W. Łapiński jest zdania, że pod względem wskazań leczniczych należy różniczkować poszczególne przypadki kolana koślawego, zwłaszcza zaś kolano koślawe u dzieci odróżniać od przypadków urazowych. Ł. oświadcza się—jeśli mowa o zabiegu operacyjnym—za linijnem cięciem kości uda, które należy wykonywać małem cięciem przedniem bez późniejszego szycia ranki, z następnem nałożeniem dokładnego opatrunku gipsowego, obejmującego całą kończynę wraz z miednicą, równocześnie stosując wyciąg. W przypadkach znaczniejszego skrzywienia w okolicy nasady kości piszczelowej należy jeszcze wykonać, o czem wspomniał Krauze, cięcie tejże kości. Ł. wy-

powiada się natomiast przeciw wycięciu klinowemu kości; jest to zabieg o wiele cięższy dla chorego a ponadto—wobec b. dobrych wyników, jakie w przypadkach nawet ciężkich postaci kolana koślawego daje zwykła osteotomia—zbędny i jako taki zarzucony.

(Streścił mówca).

4. *Kryński* omawia przypadek ropnia mózgu, operowany przez siebie i przedstawiający wiele zasługujących na uwagę danych zarówno z punktu widzenia neuropatologicznego, jak i chirurgicznego. Przedstawia się on następująco.

Mężczyzna l. 37 cierpiał od kilku miesięcy na wypływ z ucha lewego, co przy zupełnie dobrym stanie ogólnym nie przeszkadzało mu zajmować się pracą zwykłą (tapicer). Nagle w ciągu jednej doby wystąpiła gorączka, dreszcze, silne bóle głowy, chory utracił przytomność i w takim stanie został przywieziony do szpitała Ś-go Ducha.

Badanie, przeprowadzone bardzo dokładnie przy pomocy kol. St. Kopczyńskiego, dało możność stwierdzenia obecności ropnia w mózgu z siedzibą w zwoju górnym płata skroniowego lewego, a to na podstawie następujących danych. Chory poza wymienionymi objawami somatycznymi zdradza następujące upośledzenia czynności kory mózgowej. Słuch ma zachowany, na dźwięki reaguje, lecz nie rozumie wcale skierowanych do niego wyrazów i mowa upośledzona bardzo tak, iż poza kilkoma oderwanemi sylabami (ba, bo, ta) żadnych wyrazów nie wymawia; ruchy języka leniwe, również utrudnione jest połykanie. Muskulatura twarzy mało ruchoma, podobnież z trudem porusza chory ręką, przedramieniem aż do stawu łokciowego; ruchy w stanie barkowym są już wolne, również prawidłowo poruszają się całe kończyny dolne. Ze strony narządu wzroku żadnych zboczeń wykazać nie można.

Jeżeli więc uprzytomnimy sobie topografią ośrodków kory mózgowej, które tu schematycznie przedstawia podany rysunek, to widzimy, iż ośrodki upośledzone są zlokalizowane w najbliższem sąsiedztwie, poniżej i powyżej, lewej szczeliny bocznej mózgu (fossa Sylvii), nadto dokoła części dolnej szczeliny środkowej (sulcus centralis), a zatem w zwojach: skroniowym górnym, czołowym dolnym (gyrus Broca), wreszcie w dolnej połowie zwoju środkowego przedniego i tylnego (gyrus praecentralis i gyrus postcentralis). Ze względu jednak na pochodzenie uszne sprawy ropnej należało przypuszczać główne jej ognisko w niedalekiem sąsiedztwie — a więc w płacie skroniowym, stąd dopiero zapalenie rozszerzyło się na sąsiednie okolice kory mózgowej.

Operacya potwierdziła słuszność rozpoznania i umiejscowienia cierpienia. Po zrobieniu doszczętnego zabiegu z powodu zapalenia ucha środkowego i wyrostka sutkowego (atticoantrotomia), wykonał Kr. obszerne wywiercenie czaszki, wycinając kleszczami Dalgreena znaczną część kości skroniowej i kości ciemieniowej. Po przecięciu opony twardej zrobił kilka nakłuć próbnych istoty mózgowej, nie znajdując ropy; dopiero w zwoju skroniowym tuż poniżej fissurae Sylvii w głębokości 5—6 ctm. od powierzchni udało się wyciągnąć kilka kropel ropy wraz z miazgą mózgu. Miejsce to

w korze mózgowej nacięto, znajdujący się w głębi ropień wielkości orzecha włoskiego opróżniono i jamę jego wyłożono gazą.

Przebieg po operacyi był pomyślny, ciepłota opadła i chory uspokoił się znacznie. Zajmującą jest stopniowa poprawa czynności kory mózgowej i ustępowanie objawów chorobowych w pewnym porządku. Naprzód znikły zaburzenia w ruchach kończyny górnej, potem ożywiły się mięśnie twarzy, poprawiły ruchy języka i połykanie; chory zaczął rozumieć, co się doń mówi, poznawać ludzi i wyrażać na migi swe życzenia. Najdłużej utrzymywała się niemożność mówienia, lecz już pod koniec drugiego tygodnia po operacyi chory, czując się na ogół dobrze, zaczął wymiawiać całe wyrazy i nazywać otaczające przedmioty.

Gojenie się rany postępowało prawidłowo; wydzielina ropna była początkowo dość obfita; 6-go dnia przy opatrunku trzeba było oddzielić część wypuklonej nazewnątrz i obumarłej tkanki mózgu, przyległej do jamy ropnia. Nagle 13-go dnia ciepłota podskoczyła i następnego dnia można było stwierdzić rozwijającą się na twarzy różę. Pomimo stosowania środków miejscowych i wstrzykiwania surowicy przeciwpaciorkowcowej róża posuwała się dalej na głowę i po 7-miu dniach chory zmarł wśród objawów zapalenia opadowego płuc i wyczerpania mięśnia sercowego.

Na przedstawionym preparacie mózgu, stwardnionego formaliną, widać dokładnie siedlisko sprawy chorobowej: ropień zajmuje środek górnego zwoju skroniowego lewego, dochodząc tuż pod brzeg szczeliny bocznej (fossa Sylvii). W zwoju czołowym dolnym, zarówno jak i w obu zwojach, otaczających szczelinę środkową, żadnych zmian zauważyć nie można, co jest tem godniejsze uwagi wobec utrzymujących się tak długo zaburzeń mowy. Widocznie znajdujące się tu ośrodki tak oddziałują wrażliwie na zaburzenia w krążeniu, będące następstwem blizkiego sąsiedztwa z ogniskiem ropnem, w niżej leżącym zwoju skroniowym. Po za tem ogniskiem chorobowem ani istota mózgowa ani opony żadnych zmian zapalnych nie przedstawiają.

(Streścił mówca).

Stankiewicz Wł. zapytuje, co było właściwie przyczyną śmierci chorego, Kryński zaś wyjaśnia, iż za życia żadnych objawów ze strony mózgowia lub opon nie było, badanie pośmiertne nie wykryło również żadnych zmian w narządach wewnętrznych i mózgu, wobec czego przyjąć należy, iż śmierć nastąpiła na skutek róży o niezwykle silnem natężeniu.

Oderfeld zaznacza, iż dokładne zestawienie wszystkich przypadków ropni mózgowia pochodzenia usznego z piśmiennictwa polskiego znaleść można w pracy Heimana. Sam O. posiada 5 spostrzeżeń własnych ropni mózgu: 2 pochodzenia urazowego i pozostałe 3 — usznego. W jednym z nich, zbliżonym pod wieloma względami do przedstawionego przez Kryńskiego, z pośród objawów, niezbyt zresztą burzliwych, wyróżniała się t. zw. ***amnesia verbalis***. Przypadek był operowany z wynikiem zupełnie pomyślnym.

W odpowiedzi na zapytanie A. Landaua O. dodaje, że wspomniana amnesia verbalis znikła z czasem zupełnie.

Krauze mówi o nakłuciu próbnem, które w ropniach mózgowia często zawodzi i sądzi, że w przypadkach, gdy rozpoznanie jest pewne, należałoby nakłucia zaniechać i odrazu przystąpić do nacięcia mózgu, względnie uczynić toż samo, w razie ujemnego wyniku próbnego nakłucia. Niejednokrotnie stwierdzona na sekcyi obecność ropnia w przypadkach, gdzie za życia liczne nakłucia próbne zawodziły, upoważnia w zupełności, zdaniem mówcy, do takiego postępowania. Co do rokowania w ropniach mózgowia K. zaznacza, iż wyzdrowienie po zabiegu bywa nieraz zwodnicze, jak tego dowodzi spostrzeżenie następujące: u chorego, który pod Mukdenem otrzymał postrzał czaszki w okolicy skroniowej lewej, w parę miesięcy później rozpoznano ropień w zrazie skroniowym i wykonano operacyę; odszukanie ropnia nie przedstawiało trudności, gdyż blizny wskazywały na jego umiejscowienie.

W trzy tygodnie pacyent wypisał się ze szpitala, pozornie zdrów zupełnie. Po 2 dniach przywieziono go konającego z powrotem do szpitala, gdzie wkrótce zmarł. Na oględzinach pośmiertnych znaleziono drugi ropień, który otworzył się do komory bocznej.

Kryński nie zgadza się z Krauzem w kwestyi zarzucenia nakłucia próbnego i zastąpienia go przez nacięcia mózgu: rozległe cięcia, jakie trzeba by było w wielu miejscach wykonywać, prowadziłyby do niepotrzebnego, nieraz wręcz niebezpiecznego dla życia zniszczenia istoty mózgowej.

5. *Oderfeld* przedstawia okaz wpochwienia jelit grubych (invaginatio colo-colica). Okaz pochodzi od 10-letniego chłopca, który 3 dni przed przybyciem do szpitala nagle zachorował na gwałtowne bóle brzucha i zupełne zaparcie. Miał kilkakrotnie wymioty. Parcie na stolec z domieszką krwawą. Brzuch znaleziono umiarkowanie wzdęty i zlekka nąpięty. Od czasu do czasu widać przez powłoki brzuszne „stawianie się“ jelit, i wtedy ból się potęguje. W brzuchu wyczuwa się guz d. ruchomy, idący w kierunku od poprzecznicy ku kiszce zstępującej T. 100 d. dobre. Bezzwłocznie operacya. Po rozcięciu powłok z dużym naporem występują z jamy brzusznej rozdęte jelita cienkie; utrzymanie ich w jakikolwiek sposób okazuje się niemożliwe, wskutek czego obłożono je gorącemi serwetami i zwrócono się ku miejscu, w którem spodziewano się znaleźć początek wgłobienia. W istocie, pośrodku poprzecznicy stwierdzono, że mniej więcej w samem jej środku poprzecznica wchodzi w poprzecznicę i wpochwienie dochodzi do połowy jelita zstępującego. W samo wpochwienie wciągnięty jest i wiąz żałądkowo-okrężniczy i cypel żołądka. Nim przystąpiono do jakiegokolwiek zabiegu, wypadło uwolnić żołądek. Nie udało się tego uskutecznić za pomocą lekkiego przeciągania, wobec tego próbowano całą zawartość wgłobienia wycisnąć za pomocą wytłaczania z zewnątrz, licząc, że w razie udania się odpochwienia ogólnego, uwolni się i żołądek. Ani jedno jednak, ani drugie nie powiodło się. Nadomiar niepowodzenia na jelicie zewnętrzem wystąpiły rosległe pęknięcia błony surowiczej, należało zatem zaniechać prób odpochwienia i wykonać zabieg doszczętny. Jeszcze raz zlekka pociągając za żołądek, udało go się nieco wydobyć z szyi wpochwienia i po podwiązaniu więzu żołądkowo-okrężniczego w całości uwolnić. Ponieważ we wpochwienie wsunęło się i sporo krezki okrężnicy, szyja zaś okazała się

nieruchomą i leżącą w głębi jamy brzusznej, spodziewał się mówca natrafić w zastosowaniu w danym wypadku metody Matlakowskiego na znaczne trudności w podwiązaniu krezki, wobec czego zdecydował się na wykonanie całkowitego wycięcia wpochwienia, jako jednego guza. Idąc od jelita zstępującego ku poprzecznicy i podwiązując krezkę stopniowo, udało się, acz z trudnością, podwiązać ją i w szyji wpochwienia i tym sposobem cały guz uruchomić. Nałożywszy w odpowiednich miejscach uciskadła, wykonano wycięcie. Jelito doprowadzające zeszyto trzypiętrowym szwem na głucho; w następstwie wykonano zespolenie pomiędzy kiszką cienką w odległości 20 cm. od kątnicy z colon descendens, wszywając ostatnią w jelito cienkie (End-Seit). Szew ściany brzusznej. Dla pewności, wobec możliwości zebrania się kału w okrężnicy wstępującej, na głucho zeszyty kikut poprzecznicy wszystko w ranę brzuszną.

Chłopak zabiegu nie zniósł i tegoż wieczora w zapasci zmarł.

O. żałuje, że przecenił przypuszczalne trudności podwiązania krezki, wskutek czego nie zastosował mniej wielki zabieg — operacyę Matlakowskiego.

(Streścił mówca).

Krauze zastanawia się nad wartością praktyczną odgłobiania i przychodzi dó wniosku, iż nie prowadzi ono przeważnie do celu, gdyż nie usuwa przyczyny wgłobienia, która, pomimo udania się odpochwienia, wymaga następnie wycięcia kiszki. K. wspomina o własnym przypadku wpochwienia kiszki grubej w grubą, gdzie odgłobienię się udało, pomimo tego K. zmuszony był kiszkę wyciąć, by usunąć guz o szerokiej podstawie, który wgłobienie spowodował.

Co do sposobu Matlakowskiego, przyznaje mu K. w razie, gdy jest wskazany, pod wielu względami wyższość nad innemi metodami: daje się on wykonać bardziej bezgnilnie, niż zabiegi Rydygiera i Barkera i znacznie mniej naraża jamę brzuszną na zakażenie. Ujemną stroną metody Matlakowskiego jest trudność zatrzymania krwawienia, względnie zaciśnięcia kiszek podczas ich przecinania. K. przekonał się o tem w przypadku wgłobienia kiszki grubej w grubą u 6 letniego chłopca, gdzie krwawienie z powodu wyżej wyłuszczonego było znaczne.

Oderfeld nie podziela poglądu poprzedniego mówcy na odgłabianie kiszek: polipy i wogóle guzy kiszek, należące zresztą do najrzadszych bodaj przyczyn wgłobienia, wymagają oddzielnej operacyi i nie są bynajmniej przeciwwskazaniem do odpochwiania, od którego, zdaniem O., należy zawsze zabieg rozpoczynać, jednak za pomocą wytłaczania, nie zaś pociągania za wgłobioną kiszkę. O. posiada w swej statystyce 2 przypadki, gdzie zwyczajne odgłobienie uwieńczone zostało zupełnem powodzeniem.

Karczewski również nie zgadza się z Krauzem, by guzy kiszki wpochwionej wymagały koniecznie jej wycięcia: guzy o cienkiej szypule dają się łatwo usunąć przez zwyczajne nacięcie kiszki, o ile odgłobienie się udaje. K. opisuje odnośne spostrzeżenie własne.

6. *Krauze* przedstawił okaz usuniętej całkowicie rozszerzonej żyły nożnicowej większej, i omówił przypadek odnośny:

Chory mężczyzna 42 letni cierpi na rozszerzenie żył na obu kończynach dolnych; na lewej kończynie rozszerzenie doszło w ostatnich czasach do dużych bardzo rozmiarów, tak, że chory długo ani chodzić, ani stać nie może. Żyły bowiem na lewej kończynie tak nabrzmiewaja, że grożą pęknięciem. Przy badaniu okazało się, że żyła podskórna odpiszczelowa mocno rozszerzona, a w okolicy kolana i na goleni przedstawia się w kształcie dużych żylaków. Z powodu dolegliwości, jakie te żylaki choremu sprawiają, chory zgodził się na operacyę, którą K. wykonał 16 czerwca. W uśpieniu chloroformem zrobił cięcie wzdłuż żyły, zacząwszy na 3 cm. poniżej więzu Pouparta aż do dołu i całą żyłę wyłuszczył. Na skórę nałożył szew ciągły. Rana wynosiła 57 cm. długości. Sposób Naratta, który radzi robić kilka cięć w odstępach 10—20 cm. i żyłę wyciągać, okazał się niemożliwym do wykonania, nawet ną udzie, gdzie żyła ta na pozór przedstawiała się w kształcie prostej linii.

(Streścił mówca).

Oderfeld uważa całkowite wycięcie żyły za zabieg zbyt ciężki, nie proporcyonalny do wskazania i zaleca sposób Trendelenburga, jako znacznie prostszy i dla chorego lżejszy.

Dopiero w razie, gdy wysokie podwiązanie żyły do celu nie prowadzi, wskazane jest, zdaniem O., postąpienie bardziej doszczętne.

Kryński i Krauze nie zgadzają się z O., nadmieniajac, iż po prostem podwiązaniu żyły nawroty cierpienia zjawiają się b. szybko. W przypadkach, gdzie żylaki są b. duże, zabieg Trendelenburga nawet doraźnie dolegliwości nie usuwa.

Sawicki jest zdania, że nawet całkowite wycięcie rozszerzonej żyły, sposób zresztą najpewniejszy z dotychczas znanych, nie zabezpiecza od wznowy: rozszerzająca się w zamian żyła nożnicowa mniejsza dojść może po latach paru do rozmiarów żyły nożnicowej większej. Co do sposobu Trendelenburga S. podziela zdanie Krauzego i Kryńskiego i nadmienia po nadto, iż zabieg ten w dużych żylakach usposabia do powstawania zapalenia żył. Lepsze nieco wyniki daje sposób Schedego — podwiązanie żyły w kilku miejscach. S. przestrzega przed operowaniem żylaków u ludzi w wieku podeszłym, po latach 60-ciu, ze względu na łatwość powstawania zapalenia płuc pochodzenia zatorowego z zejściem przeważnie śmiertelnem.

Oderfeld wyjaśnia, iż nie miał zamiaru twierdzić, że zabieg Trendelenburga należy stosować w każdym bezwzględnie przypadku. Zabieg ten ma swoje wskazanie, oparte na znanej próbie Trendelenburga.

Sawicki dodaje, iż nawet w przypadkach, gdzie próba Trendelenburga wypada dodatnio, wynik operacyi nie jest bynajmniej pewny ze względu na znaczną liczbę gałęzi zespalających.

Ciechomski podziela zdanie Sawickiego, że wszystkie znane mu sposoby operowania żylaków nie dają pewności co do doszczętnego usunięcia cierpienia. C. najchętniej stosuje podwiązanie żyły w kilku miejscach. C. przypomina, iż powrót bólów i innych dolegliwości, towarzyszących zwykle żylakom, pomimo braku żylaków powierzchownych zależeć może od wtórnego rozszerzenia żył głębokich.

Sawicki, poruszając sprawę leczenia żylaków wogóle, wspomina o leczeniu cierpienia za pomocą gimnastyki i mięsienia i zapytuje, czy komu z kolegów nie są znane szczegóły tego sposobu.

Gurbski odpowiada na to, że jest to metoda M. Marchais, opisana po raz pierwszy w r. 1904 (Gazette des hopitaux № 136). Polega ona na tem, że chorym z żylakami dolnych kończyn zaleca się codzienny, 2½ godzin trwający spacer z szybkością 110 — 120 kroków na minutę, z przerwami w razie zmęczenia, podczas których chory powinien leżeć. Metodę tę w połączeniu z mięsieniem kończyn stosują szwedzi na szeroką skalę, autor zaś zapewnia o jej skuteczności!

(Streścił mówca).

7. *S. Grosglik* przedstawił gruczoł krokowy, usunięty dnia 15 czerwca r. b. metodą Freyera. Przypadek dotyczy starca 75-letniego, który od 10-ciu przeszło lat dotknięty był całkowitem zatrzymaniem moczu. Chory ten był już wielokrotnie operowany z powodu kamieni pęcherzowych, mianowicie w r. 1894 skruszył mu kamień profesor Kosiński, w latach zaś 1900, 1901 i 1902 takież operacye wykonał Grosglik. Nadto chory trzykrotnie był poddawany operacyi Bottiniego, również przez Grosglika, 2 razy w r. 1901 i raz jeden w r. 1902 — wszystkie trzy bez wyniku dodatniego. Początkowo chory zmuszony był opróżniać pęcherz za pomocą cewnika 3 — 4 razy dziennie, później co 2 — 3 godziny, w ostatnim zaś roku co godzinę lub nawet co pół godziny pomimo, iż od ostatniej operacyi kruszenia tworzenie się kamieni w pęcherzu całkowicie ustało. Nadto chory bezustannie trapiony był nader uciążliwem parciem na stolec, które zmuszało go do ciągłego niemal przesiadywania na kuble, tudzież bardzo obfitemi i częstemi krwawieniami z pęcherza, z których ostatnie w kwietniu r. b. było bardzo groźne i znacznie podkopało siły chorego.

Chory bardzo blady, tętno twarde około 60 uderzeń na minutę z przerwami. Tony serca głuche, emphysema pulmonum. Okolice nerek niebolesne, nerki wymacać się nie dają. Cewnik sprężysty wchodzi do pęcherza bez trudności, przy czem otrzymuje się około 60 gram. moczu mętnego, zawierającego liczne ciałka krwi i leukocyty. Po opróżnieniu pęcherza palec wprowadzony do odbytnicy wyczuwa znacznych rozmiarów gruczoł krokowy, którego zraz lewy, jak to wykazuje badanie dwuręczne, sięga aż do spina ilei ant. sup., prawy zaś nieco niżej. Badanie wziernikiem pęcherzowym stwierdza, że oba te zrazy, pokryte błoną śluzową, bladą, usianą wynaczynieniami, ściśle przylegają do siebie przy otworze wewnętrznym cewki, skąd rozbiegają się w obie strony w postaci litery V. Błona śluzowa pęcherza w stanie przewlekłego zapalenia z licznymi uchyłkami wśród niezmiernie rozwiniętych beleczek. Ciała obcego w pęcherzu nie znaleziono.

15. VI. 09 prostatectomia suprapubica. W uśpieniu chloroformowem (Kol. W. Żurakowski) wprowadzono do pęcherza 300 gram roztworu kwasu bornego, cewnik zatkano i pozostawiono na stałe. Przy współudziale kolegów Rzepki i Wertheima Grosglik wykonał cięcie nadłonowe. Po otworzeniu pęcherza cięciem długości około 4 cm. okazało się, że oba zrazy

bezpośrednio przylegają do przedniej ściany pęcherza i tworzą znacznej grubości guz, otaczający otwór wewnętrzny cewki z przodu i z boków, że otwór ten, który się z trudnością dał odszukać pomimo, iż dziób cewnika tkwił w pęcherzu, jest znacznie posunięty ku tyłowi, tak że dostęp do niego nożem okazał się niemożliwy. Nie pozostało tedy nic innego, jak naciąć błonę śluzową pęcherza powyżej otworu cewki. Najpierw nacięto poprzecznie błonę śluzową, pokrywającą lewy zraz gruczołu w pobliżu ściany pęcherza i przez cięcie to, długości około 2-ch cm. wprowadzono palec, którym przy pomocy wskaziciela lewej ręki, wprowadzonego do odbytnicy z nadzwyczajną łatwością oddzielono ze wszech stron guz od pokrywającej go otoczki i wydobyto nazewnątrz bez jakiegokolwiek uszkodzenia cewki. Ten sam zabieg został wykonany z prawej strony, czego wynikiem było wydobycie dwóch oddzielnych guzów, które tkwiły w gruczole krokowym. Krwawienie podczas operacyi było nieznaczne i łatwo dało się powstrzymać za pomocą gorących przestrzykiwań i ugniatania łożyska gruczołu palcem, wprowadzonym do odbytnicy i do pęcherza. Do dolnego kąta rany pęcherzowej wprowadzono gruby sączek, powyżej którego ranę pęcherza zaszyto szwem strunowym; oddzielnie zeszyto mięśnie i skórę z pozostawieniem otworu dla sączka. Dolny kąt rany skórno-mięśniowej zabezpieczono paskiem gazy. Podczas operacyi dokładano wszelkich starań, aby tkanki miękkie, otaczające pęcherz, uległy jaknajmniejszemu odłuszczeniu.

Wyłuszczony gruczoł krokowy waży 285 gram., wymiary lewego zraza wynoszą: długość 10 cm. szerokość 8 i pół cm., grubość 4 cm., prawego zraza: długość 9,5 cm., szorokość 8,5 cm., grubość 4 cm.

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Już na drugi dzień po operacyi chory zaczął oddawać mocz per vias naturales, naprzód w małych ilościach, od 3-go dnia mocz całkowicie odchodzi drogą naturalną w dużych ilościach i bez bólu, widocznie wskutek zatkania drenu. Po usunięciu drenu 4-go dnia mocz zaczął wydzielać się przez ranę nadłonową. Krwawienie po operacyi było nieznaczne i od 3-go dnia całkowicie ustało, tak że mocz odchodził bezkrwawy *).

(Streścił mówca).

Stankiewicz Wł., opisując swe wrażenia z wycieczki do klinik paryskich i angielskich, wspomina, że Albarran usuwa przerosłe gruczoły krokowe przeważnie za pomocą cięcia kroczowęgo, angielscy zaś chirurdzy operują najczęściej drogą brzuszną, sposobem Freyera. Omawiając kwestyę techniki wspomnianych zabiegów S. odzywa się z uznaniem o grubych sączkach gumowych pomysłu Freyera do sączkowania pęcherza po wycięciu gruczołu krokowego drogą brzuszną. Sączki te działają znakomicie, nigdy się nie zatykają, odprowadzając wszystek mocz do przeznaczonego na ten cel naczynia

*) *Przypisek.* Gojenie rany odbywało się prawidłowo przy stanie ogólnym zadawalającym. 18-go dnia po operacyi chory zaczął nanowo oddawać mocz drogą naturalną, dwudziestego zaś dnia mocz całkowicie odchodzi już przez cewkę w odstępach dwugodzinnych bez żadnej trudności i bólu. Rana nadłonowa nie przepuszczała już ani jednej kropli moczu.

(Streścił mówca)

Kryński podnosi piękny wynik operacyjny w przypadku, operowanym przedwczoraj przez Grosglika, i duże rozmiary wyciętego gruczołu.

Oby również dodatnim był wynik ostateczny leczenia i oby to skłoniło Gr. do ograniczenia się w przyszłości pod tym względem do wycinania tylko przerosłych gruczołów krokowych, pozostawienia zaś w spokoju gruczołów, będących w stanie zaniku, jak to niestety widzieliśmy na posiedzeniu przed paru miesiącami, gdzie Gr. przedstawił nam wyciętą prostatę wagi niespełna 5 grm. Wymaga tego przedewszystkiem dobro chorych, a również i interes samego Gr., którego mógłby kto posądzić o zupełną nieznajomość patogenezy i mechanizmu zaburzeń w cierpieniu, znanem pod nazwą prostatismus sine hypertrophia prostatae. Wyniki dodatnie, które podkreśla Gr. w takich przypadkach po wycięciu gruczołu krokowego, zawdzięczać należy przedewszystkiem, jak to już wówczas wyjaśnił Kryński, wykonanej jednocześnie operacyi „cystopexiae" t. j. przymocowania pęcherza do ściany brzusznej. Ponieważ G. nie przyznaje się do wykonania tego zabiegu, przeto czuje się Kr. w obowiązku zapewnienia go, iż ten właśnie zabieg zrobił on bezwiednie we wszystkich tych omawianych przypadkach wycięcia gruczołu, i to zarówno tam, gdzie założył szew przez powłoki brzuszne i ścianę pęcherza, jak i tam, gdzie po zaszyciu pęcherza wprowadził pasmo gazy pomiędzy jego ścianę a tylną powierzchnię ściany brzusznej, jako wreszcie i tam, gdzie założył do pęcherza dren, jak to uczynił w przypadku dzisiejszym, — albowiem wszędzie wywołał zrost pęcherza ze ścianą brzuszną, co właśnie ma za zadanie cystopexia s. ventrofixatio vesicae urinariae.

(Streścił mówca).

Grosglik nie podziela optymizmu, z jakim wyraża się W. Stankiewicz o idealnem funkcyonowaniu sączków, co miał sposobność stwierdzić podczas pobytu swego w Anglii, i na mocy własnego doświadczenia utrzymuje, że sączki te, pomimo znacznej grubości zatykają się nieraz skrzepami krwi, skutkiem czego rana przychodzi w zetknięcie z moczem, torującym sobie drogę obok sączka. Co się tyczy uwagi Kryńskiego, że w przypadku omawianym wskazanie do operacyi postawione było racyonalnie, gdyż wówczas usunął gruczoł znacznych rozmiarów, natomiast nie rozumie celu, w jakim została wykonana operacya u chorego, przedstawionego na posiedzeniu grudniowem, u którego Grosglik usunął gruczoł ważący zaledwie 5 grm., a zatem 3 razy mniejszy od normalnego gruczołu krokowego, Grosglik odpowiada, że wkazanie do prostatektomii stanowi nie wielkość gruczołu, lecz stopień zaburzeń, jakie sprowadza on w oddawaniu moczu. Chory kwestyonowany pomimo bardzo nikłych rozmiarów gruczołu nie oddawał ani jednej kropli moczu bez cewnika w ciągu całego roku, musiał wprowadzać cewnik bardzo często i dotknięty był zakażeniem pęcherza, które sprawiało mu ciężkie cierpienia. Grosglik przeto sądził, że w przypadku tym istniało bezwzględne wskazanie do prostatektomii, którą również radził wykonać prof. Israel i która uwieńczona została wynikiem jaknajpomyślniejszym, gdyż od chwili wykonania operacyi powróciła całkowita sprawność pęcherza. Zresztą Grosglik usunął i innemu choremu gruczoł krokowy wagi 10

grm., a zatem mniejszy od normalnego, również z pomyślnym wynikiem, wskazaniem zaś do tej operacyi było całkowite zatrzymanie moczu, trwające kilka miesięcy i nadzwyczaj trudne wprowadzanie cewnika pomimo małych rozmiarów gruczołu. Jeżeli Kryński sądzi, że w obu tych przypadkach przywrócenie normalnych czynności pęcherza zależało od zrostów, jakie się wytworzyły między pęcherzem a ścianą brzuszną skutkiem dokonanej operacyi, nie zaś od usunięcia gruczołu krokowego, jest to osobisty jego pogląd, którego broni przy każdej okazji bez żadnych podstaw realnych. Żaden chirurg nie wykonywa t. zw. przez Kryńskiego cystopeksyi, której Grosglik odmawia wszelkiego znaczenia.

(Streścił mówca).

Kiełkiewicz w odpowiedzi Stankiewiczowi zaznacza, że obecnie większość chirurgów, między nimi w pierwszym rzędzie Albarran, wykonywa wyłuszczenie przerosłego gruczołu krokowego drogą brzuszną; zabieg ten zyskał na zachodzie zupełne prawo obywatelstwa i wykonywany jest corocznie setki razy. Za pomocą cięcia kroczowego usuwa się przerosły gruczoł wyjątkowo, wobec ściśle określonych wskazań, mianowicie: gdy guz jest twardy, duży, o zarysach wyraźnych, dobrze wypukla się do odbytnicy, przedewszystkiem zaś w razie ropienia w gruczole.

Do dyskusyi, toczącej się pomiędzy Kryńskim i Grosglikiem, K. dodaje, iż t. zw. „przerost gruczołu krokowego" zależny jest właściwie nie od powiększenia samego sterczu, lecz od rozrostu gruczołów okołocewkowych, opisanych przez Albarrana, przyczem rzadziej ulegają przerostowi same tylko gruczoły wspomniane (adenoma), daleko zaś częściej jednocześnie zarówno okołocewkowe gruczoły, jak i tkanki łączna i mięsna, z nimi sąsiadujące (fibro-adenoma, adeno-myoma). Gruczoł krokowy w sprawie przerostu nietylko żadnego udziału nie bierze, lecz ulega mniej lub więcej wyrażonemu zanikowi. Wreszcie K. nadmienia, iż nawet bardzo małe guziki, przylegające do szyi pęcherza i cewki, mogą powodować jej niedrożność i przyprawić chorego o szereg ciężkich dolegliwości. Usunięcie takich właśnie małych guzów o zarysach niewyraźnych bywa zazwyczaj trudne i mozolne.

(Streścił mówca).

P. HINCZ.

POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

Posiedzenie dnia 28 maja 1909 r.

Fiedorowicz przedstawił chorą, której przed 8 laty z powodu przetoki pęcherzowo-pochwowej dokonano operacyi zaszycia pochwy. Pacyentka ma lat 39; przed 20 laty odbył się jedyny poród; poród był ciężki, trwał długo — kilka dni; przebieg połogu bez szczególniejszych powikłań; wkrótce po porodzie chora zaczęła oddawać mocz przez pochwę. Dopiero we 12 lat potem zwróciła się do lekarza, który rozpoznał przetokę pęchęrzowo-

pochwową i po kilku nieudanych próbach zeszycia jej uciekł się do operacyi zaszycia pochwy w środkowym odcinku tejże. Operacya udała się; w ciągu 5 lat kobieta czuła się dobrze, urynowała prawidłowo, miesiączkę miewała regalarnie, oczywiście przez pęcherz. Od 3-ch lat wystąpiły bóle dołem brzucha; oddawanie moczu stało się częstsze i bolesne; od kilku miesięcy bóle są nieznośne; mocz, acz nie stale i potrosze, znowu wydziela się przez pochwę, często zmieszany ze krwią; chora cierpi bardzo. Badanie wykazało, że przez bliznę wydziela się mocz podczas wydymania się chorej; cewnik, wprowadzony do pęcherza, wykazał obecność w nim kamieni; mocz mętny, cuchnący, z domieszką krwi i ropy. Fiedorowicz proponuje przeciąć bliznę po zeszyciu pochwy i starać się wszystkimi możliwymi sposobami zeszyć przetokę pęcherzową; na poparcie tego przytacza szereg udanych przypadków, zestawionych w pracy Fedorowskiego w № 49 Wraczebnej Gazety w 1902 r. a mianowicie: jeden, opisany przez Baera w 1894 r. (operacya prof. Winckela), dwa przypadki prof. Simona, opisane w 1876 roku i czwarty operowany przez prof. Fiodorowa w Warszawie w 1901 r. Wobec tego, że zaszycie pochwy jest fatalnem kalectwem dla kobiety i wobec ciężkich nieraz z biegiem czasu powikłań po tej operacyi — wolno do niej uciekać się, zdaniem Fied., chyba tylko w wyjątkowych przypadkach, gdy wszystkie inne sposoby zawiodły, a gdzie idzie o to, by chociaż na czas pewien przynieść chorej ulgę i względne zdrowie. Należy jednak być przygotowanym na podjęcie ponownych prób zeszycia przetoki pęcherzowej w razie pierwszych powikłań ze strony pęcherza i w razie żądania kobiety zajścia w ciążę.

W rozprawach Neugebauer, opierając się na doświadczeniu własnem oraz ś. p. Ojca swego, opartem na przeszło 600 przypadkach przetok moczowych, dla wyjątkowych przypadków broni prawa obywatelstwa' zaszyciu pochwy, której to operacyi dokonał przeszło 10 razy — kilka razy z wynikiem à la longue dobrym, raz jeden tylko musiał przeciąć bliznę dla usunięcia kamienia moczowego, zaszywając ranę następnie. Na stanowisku Neugebauera stoi cały szereg operatorów, mających wiele z przetokami moczowemi do czynienia, pomiędzy innemi i Fleischmann w Wiedniu. S. p. L. Neugebauer raz jeden rozpruł zaszytą pochwę, przez innego operatora w Warszawie dokonaną, poczem udało mu się przetokę moczową zeszyć bezpośrednio. Raz jeden po kolpokleisis, dokonanej przez ś. p. L. Neugebauera, Rosenthal musiał bliznę przeciąć, aby usunąć kamień moczowy z kloaki pęcherzowo-pochwowej. Neugebauer z najnowszej kazuistyki kolpokleisis spontanea przy istnieniu wielkiej przetoki moczowej pęcherzowo-pochwowej przytacza spostrzeżenie Hammerschlaga w Królewcu, który opisał septyczne poronienie po zaszyciu pochwy. U 34 letniej kobiety po operacyjnem ukończeniu 8-go porodu powstała przetoka pęcherzowo-pochwowa. Z powodu pyelitidis operacyę odłożono na później, tymczasem poniżej przetoki powstało samowolne zarośnięcie światła pochwy, z wyjątkiem drobnej przetoki na stronie lewej. Chora wydzielała peryod z moczem w roku 1907. W grudniu 1908 zapisała się ponownie do kliniki po dłuższem zatrzymaniu miesiączki. Z cewki jak już i z owej małej przetoczki lewostronnej wydzielała się brudna, śmierdząca krew, przez odbytnicę wy-

macano jakieś zgrubienie w górnym odcinku pochwy, powyżej kolpokleiseos. Rozcięto bliznę w pochwie i wydobyto szkieletowany 3 miesięczny płód z pochwy, łożysko z macicy. Wkrótce powstało ponownie samowolne zarośnięcie pochwy w dawnem miejscu, w bliźnie zaś zauważono po jednym drobnym otworku w każdej stronie. Brzegi tych dwóch przetoczek w bliźnie kolpokleiseos okrwawiono i takim sposobem ukończono to, co rozpoczęła natura.

Neugebauer w kazuistyce swojej (około 300 przetok) posiada kilka takich spostrzeżeń, gdzie podobnież operacyjną drogą dokończył to, co rozpoczęła sama natura. W sprawie kolpokleiseos Neugebauer w r. 1907 w № 43 Medycyny ogłosił poglądy swoje na kolpokleisis, których i dziś się trzyma, pomimo, że liczba kwalifikujących się jedynie do kolpokleisis przypadków zmniejsza się stałe wobec postępów techniki operacyj Freunda, Wołkowicza, Küstnera i t. d.

Stankiewicz Czesław jest zdania, że do operacyi kolpokleisis uciekać się należy istotnie w wyjątkowych tylko przypadkach. W swoich przypadkach zaszycia przetok pęcherzowo-pochwowych otrzymywał prawie stale wyniki pomyślne.

Koliński przedstawił okaz, który wydobył z macicy w następujących okolicznościach:

Chora lat 19, virgo intacta, cierpi na hemofilię od 7 lat; w szpitalu jest od kilku miesięcy i podczas całego pobytu w szpitalu peryodów nie miała; po 5-iu miesiącach pobytu w szpitalu dostała bardzo obfitego krwawienia z narządów rodnych wewn. z bólami. Badanie wykazało: szyja macicy wygładzona, ujście zewnętrzne otwarte na 2 palce; macica powiększona robi wrażenie macicy ciężarnej w 3-im miesiącu; z macicy wydobyto twór twardy, który swą formą przypomina odbitkę macicy dwurożnej; badanie mikroskopowe wykazało, że twór ten składa się wyłącznie z wyługowanych czerwonych ciałek krwi i żadnego utkania nie posiada.

Stankiewicz Czesław przedstawia pacyentkę, u której przed 16 dniami wykonał operacyę Wertheima. 29-letnia niezamężna kobieta. Urodziła raz jeden, przed dwoma laty. Od trzech miesięcy upławy brudnawe, krwią zabarwione. Nowotwór złośliwy, ograniczony do tylnej wargi macicy; badanie histologiczne (Dr. Zielińska) wyciętego kawałka nowotworu nie rozstrzyga, czy mamy tu do czynienia z rakiem, czy też mięsakiem. Operacya 12. V. 09.

Cięcie brzuszne kotwicowate sposobem własnym. Podwiązanie obydwóch tętnic podbrzusznych. Typowy Bumm — Wertheim. Przebieg zdrowienia niepowikłany (najwyższa ciepłota 37,6 czwartego dnia po operacyi, przed wyjęciem sączka i gazy z pochwy).

Stankiewicz Czesław przedstawia cztery okazy raka macicy, otrzymane drogą cięcia brzusznego. We wszystkich przypadkach wykonano zabieg podług wskazań Wertheima, z usunięciem gruczołów i luźnej tkanki przymacicznej. Trzy chore zniosły zabieg dobrze, w jednym u 34-letniej kobiety śmierć nastąpiła w dwie i pół godziny po operacyi z powodu krwawienia miąższowego z tkanki luźnej, otaczającej pochwę. W przypadku tym, jak w innych, podwiązano tętnice podbrzuszne i prócz tego oddzielnie

tętnice maciczne; do jamy, powstałej po usunięciu narządów rodnych wewnętrznych, nie wprowadzono, jak zwykle, pasków gazy wyjałowionej obok sączka, zadawalając się samym sączkiem. Krwawienie nie było zauważone w czasie właściwym, z powodu przywiezienia do oddziału przypadku uwięzłej przepukliny udowej i bezzwłocznej z tego powodu operacyi. Krwawienie z części rodnych stwierdzono, gdy już tętno było prawie niewyczuwalne.

Chorą przeniesiono na salę operacyjną i zastosowano podwiązanie tułowia sposobem Momburga za pomocą rury kauczukowej, trzykrotnie okręconej mocno poniżej łuku żebrowego; poczem od strony pochwy usunięto skrzepy krwi i wypchano gazą wyjałowioną całą przestrzeń pooperacyjną. Kamfora, sól podskórnie. Tętno cokolwiek lepsze. Po 25 minutach zdjęto podwiązkę Momburga, w kilkanaście minut potem skon.

Oględziny pośmiertne (prof. Przewoski) wykazały, iż naczynia podbrzuszne i maciczne były podwiązane dobrze: źródłem krwotoku była luźna tkanka przypochwowa. Jakichkolwiek obrażeń trzew brzusznych z powodu podwiązki Momburga nie zauważono.

Stankiewicz Czesław omawia przypadek mięsaka obydwóch jajników i jelita cienkiego oraz przedstawia odnośne okazy anatomiczne. Spostrzeżenie dotyczy 38-letniej kobiety, zamężnej od lat 15. Cztery prawidłowe porody, ostatni przed trzema laty. Miesiączka co 5—6 tygodni, 4—5 dni, skąpa, bez bólów. Chora uskarża się na opuszczenie się pochwy, ogólne osłabienie, zaparcie stolca naprzemian z rozwolnieniem. Brzuch mocno wzdęty, w podbrzuszu stłumienie odgłosu opukowego. Wierzchołek prawego płuca zajęty. Obok macicy opór wyraźny ze stron obydwóch, badanie dwuręczne utrudnione z powodu wzdęcia brzucha. Rozpoznanie przypuszczalne: gruźlica otrzewnej. Cięcie brzuszne. Guzy jajnikowe, wielkości pięści: lewy bez zrostów, prawy po wydzieleniu ze zrostów w zatoce Douglasa usunięto. Obfite krwawienie z zatoki Douglasa. Zatkanie nie pomaga. Po rozejrzeniu się wydobyto z zatoki Douglasa pętlę jelita cienkiego, zmienioną nowotworowo (guz wielkości pięści). Pętla ta była zrośnięta z guzem jajnika prawego. W miejscu zrośnięcia krwawi obficie, z żył. Ani tampomowanie, ani okłucie, ani wreszcie przypalenie Paquelinem nie pomaga. Niebezpieczeństwo exitus letalis in tabula. Wycięcie jelita na przestrzeni 15 ctm. (zmiażdżenie, podwiązanie). Odcinek odprowadzający, długości 25—30 ctm. (od ślepej kiszki), zaszyto na głucho szwem kapciuchowym. Odcinek doprowadzający wszyto do ściany brzusznej na stronie prawej po dokonaniu przecięcia powłok na przestrzeni 4 ctm. Przy końcu operacyi zauważono na jelicie cienkiem w pobliżu odźwiernika guz wielkości orzecha włoskiego; na tylnej ścianie trzonu macicy kilka drobnych guzików.

Pod skórę sól do 1000,0; kilka gramów olejku kamforowego.

Do jamy brzucha wprowadzono gruby sączek i kilka pasków gazy wyjałowionej. Jelito połączono z kaczką, za pomocą drenu szlanego i rurki gumowej.

Przebieg pooperacyjny powikłany gorączką powyżej 38° C (trzykrotnie, maximum 38,6). Zapalenia otrzewnej nie było. Piątego dnia po zabiegu

wyjęto sączęk z jamy brzusznej i zmieniono paski gazy. Stan ogólny początkowo niezły, pogarsza się z dniem każdym. Chora nie chce przyjmować pokarmów. Lawatywy odżywcze, wlewanie soli do odbytnicy. Na piętnasty dzień po operacyi chora wypisała się ze szpitala na własne żądanie, a w kilka dni potem zakończyła życie.

Badanie drobnowidzowe guzów jajnikowych i jelita wykazało budowę mięsaka.

W danym przypadku częściowe wycięcie jelita wykonane było ze wskazania życiowego, opanować krwotoku w sposób inny nie było można.

Stankiewicz Czesław przedstawia okaz brodawczaka obydwóch jajników. Przypadek dotyczy 40-letniej kobiety, zamężnej od lat 18. Urodziła na czasie trzy razy, ostatnio poród kleszczowy, przed 13 laty. W następstwie przetoka moczowa, która zagoiła się samoistnie. W ciągu pierwszych dwóch lat potem nie było miesiączki wcale, molimina zjawiały się co miesiąc; następnie krew miesiączkowa zaczęła się wydzielać przez pęcherz moczowy, trwa to zawsze 3 dni z bólami dołem; w czasie tym pokazują się z pochwy plamy krwawe. Przed pięciu laty chora poddała się operacyi (dr. Natanson) z powodu obecności guza i płynu w brzuchu. Od dwóch lat zauważyła znowu powiększenie się objętości brzucha i obecność guza. Powłoki bardzo grube. Guz dochodzi na 2 palce ponad pępek, dolnym biegunem sięga sklepienia pochwy; robi wrażenie, jakby się składał z kilku mniejszych guzów. Pochwa 8 ctm. długości, ku górze, jak się zdaje, zakończona ślepo: warg macicznych, ani kanału szyi odnaleźć nie można.—Blizna brzuszna mocna.

Cięcie brzucha 30. III. 09. Torbiel wielokomorowa jajnika lewego, wielkości głowy dorosłego człowieka, zmieniona brodawczakowo, w rozległych zrostach z jelitem esowatem. Jajnik prawy wielkości mandarynki, na przekroju wypełniony masami brodawkowemi. Ovariotomia duplex. Wyzdrowienie bez powikłań.

Neugebauer pokazał kilka preparatów oraz rysunków z operacyi włókniaków międzywięzadłowych, uwzględniając przy tem indywidualizację co do techniki operacyjnej wbrew żądaniu niektórych operatorów, aby zasadą była operacya doszczętnego usunięcia macicy w całości. Neugebauer nie jest zwolennikiem zasadniczym doszczętnego wycięcia włókniakowej macicy sposobem Doyena, która niepotrzebnie nieraz przedłuża czas trwania operacyi, a powtóre w bardzo wielu przypadkach po prostu jest raczej powikłaniem niepotrzebnem rzeczy stosunkowo prostej. Neugebauer opiera się nietylko na doświadczeniu własnem, lecz i na zdaniu większości operatorów, pierwszeństwo daje amputacyi macicy, ewentualnie z następczem wyłuszczeniem kikuta szyi macicznej przed forsowaniem a tout prix trzymać się zasady Doyena. Neugebauer przyłącza się pod tym względem do zdania Cz. Stankiewicza i, mając wyniki pomyślne, nie widzi przyczyny wyrzec się dotychczasowego postępowania, tembardziej, że może przypadkowo w bardzo wielu przypadkach miał do czynienia z włókniakami tylnej ściany cervicis uteri, gdzie o operacyi Doyena eo ipso nie może być mowy. Neugebauer pokazuje cały szereg rysunków takich spostrzeżeń w obronie swo-

jego zdania. Na 87 operacyi, wskutek włókniaków macicy dokonanych, Neugebauer 17 razy dokonał wycięcia pochwowego całej macicy, 7 razy dokonał operacyi drogą mieszaną górną i dolną, 1 raz ekstyrpował włókniakową macicę in toto drogą górną, 49 razy dokonał górnej amputacyi macicy myomatycznej, 1 raz dokonał zachowawczego wyłuszczenia włókniaka macicy drogą górną, 2 razy rezekował drogą górną włókniaki podsurowicze.

Ogółem dokonano na oddziale jego 87 myomotomij w myomatosis uteri drogami różnemi — operował bądź Neugebauer osobiście, bądź Janczewski.

Prócz tych operacyi 5 razy dokonano usunięcia włókniaka międzywięzadłowego, trzymając się w zasadzie techniki wyłuszczenia z pomiędzy listków więzu szerokiego po nacięciu płaszcza pomiędzy więzem obłym i jajowodem.

Dziś Neugebauer pokazuje preparaty pooperacyjne 2-ch takich przypadków oraz rysunki szematyczne pozostałych, omawiając szczegóły techniki operacyjnej, etyologją tego rodzaju włókniaków, ich stosunek do pierwotnej myomatosis i t. p.

Pomiędzy innemi Neugebauer zdaje sprawę z przypadku włókniaka międzywięzadłowego, wielkich rozmiarów, usuniętego pomyślnie pomimo kilku komplikacyi w 3-im miesięcu ciąży, przez Janczewskiego.

Detale tych spostrzeżeń Neugebauer ma zamiar ogłosić w pracy poświęconej sprawie włókniaków macicy (streszczenie własne Neugebauera).

Ryłko streścił obecne doglądy na sprawę wczesnego wstawania po porodzie i po cięciu brzusznem.

Dodatnie zjawiska, wynikające z tej metody, podług Küstnera, Króniga, Brutzera, Gaussa, Cohna, Martina, Zurhellego i wielu innych są następujące: 1) doskonałe samopoczucie 2) samoistne oddawanie moczu i stolcowanie, wyłączające potrzebę cewnikowania 3) unikanie wtórnych zakażeń wskutek braku zastoju wydzieliny poporodowej dzięki pionowej pozycyi, a więc i zmniejszenie t. zw. zachorowalności 4) dodatnie działanie na karmienie i zwijanie się macicy 5) rzadsze powstawanie odchylania się macicy ku tyłowi 6) wskutek sprawności kiszek bardzo rzadkie objawy niedowładu pooperacyjnego 7) ułatwienie wykrztuszania, a więc zniknięcie prawie zupełne pooperacyjnego zapalenia płuc 8) nie zauważono także skłonności do przepuklin, a natomiast mocną i dobrą bliznę. 9) Co do zakrzepów i zatorów, to jedni z Veitem na czele, uważają je za skutek zakażenia, opierając się na doświadczeniach Frommego, inni, jak Krönig, Kümmel, Aschoff, Zurhelle etc., twierdzą, że zakrzepy są pochodzenia wyłącznie mechanicznego wskutek zwolnienia obiegu krwi przy długotrwałem poziomem położeniu w łóżku; wstawanie przeto wczesne i związany z tem ruch, jako przeszkadzający zwolnieniu krwiobiegu, działa tylko dodatnio w znaczeniu zmniejszania się liczby zakrzepów. Odnośni autorowie popierają poglądy swoje danemi statystycznemi, dowodzącemi, że odsetka zakrzepów po stosowaniu tej metody znakomicie zmniejszyła się. Technika wczesnego wstawania polega na tem, że położnicę w 15—24 godzin po porodzie bardzo ostrożnie sadza się na fo-

telu i trzyma się ją w takiej pozycyi około 20 minut; następnych dni pozwala się siedzieć 1—2 godziny przed i po obiedzie. Chodzić pozwala się po kilku dniach. Wskazania i przeciwwskazania różnią się w niektórych punktach: Zurhelle, Henkel, Krönig np. zalecają wczesne wstawanie u chorych mocno wykrwawionych z powodu włókniaków, gdy tymczasem Bratzer, Cohn i inni takie chore wyłączają z wczesnego wstawania. Krönig pozwala wstawać po znieczuleniu tylko rdzeniowem, Pfannenstiel — i po ogólnem eterowem. Wszyscy jednozgodnie wyłączają chore, operowane z powodu ropnych spraw zapalnych przydatków macicy. Wyłączają się następnie chore gorączkujące, te, które już przed operacyą miały zakrzepy i te, które po znieczuleniu rdzeniowem mają bóle głowy. Brutzer nadto wyłącza te, które mają pęknięcie krocza, wady serca, silne rznięcie poporodowe. Należy wogóle unikać szablonu, lecz przedstawić chorej dodatnie strony takiego postępowania i w miarę jej chęci dopiero wprowadzać metodę w czyn. O ile po wstaniu ciepłota podwyższa się, chora natychmiast idzie do łóżka z powrotem. Chore takie powinny znajdować się pod ścisłą osobistą kontrolą lekarza i zasadniczo stosowanie tej metody nie może być polecane akuszerkom, ani pielęgniarkom. Co do rodzaju operacyi, to właściwie metoda była stosowana prawie po wszystkich operyacach brzusznych, jakoto: wycięcie włókniaków, wyłuszczenie całkowite macicy rakowatej, ovariotomia, wycięcie wyrostka robaczkowego, przepukliny i t. d. Mówca sam osobiście metody tej, w ścisłem tego słowa znaczeniu, nie stosował, lecz oddawna już u położnic, jak rownież i po operacjach brzusznych, kieruje się dość obszerną tolerancyą w sprawie ruchów w łóżku, o ile niema jakich ścisłych przeciwwskazań. Na zasadzie danych z piśmiennictwa sądzi, że metoda ta w pewnych, ściśle określonych warunkach, godną jest polecenia.

W dyskusyi Endelman zaznaczył następujące: Ryłko w zajmującym swym referacie pominął milczeniem ostatnią pracę, poświęconą omawianej sprawie, a mianowicie odczyt kliniczny G. Vogela, drukowany w Sammlung Klinischer Vorträge (№ 523). Praca ta pod tym względem jest interesująca, że autor podał w niej wyniki wczesnego wstawania po 100 cięciach brzusznych, wykonanych w prywatnym zakładzie. Wszelkie nowe metody lecznicze, powiada słusznie Vogel, łatwiej dają się zastosować w oddziałach szpitalnych, lecz o wiele trudniej w praktyce prywatnej, gdzie każde niepowodzenie publika chętnie kładzie na karb innowacyi, przez lekarza wprowadzanych. I dlatego Vogelowi przyznać trzeba sporą dawkę odwagi, że pierwszy nie zawahał się wypróbować wczesnego wstawania po laparotomiach na chorych prywatnych. Materjał Vogela przedstawia się zajmująco i pod innym względem, a mianowicie: autor ten nie wybierał przypadków, pozwalał wstawać z łóżka pacjentkom po ciężkich, powikłanych licznymi zrostami, owariotomiach i po miomotomiach i po ropnych operacyach na przydatkach, wreszcie po operacyach Wertheima. Jedynem przeciwwskazaniem, zdaniem Vogela, jest gorączka i istniejące już przed operacyą zakrzepy żył. Küstner i Pfannenstiel uważają za przeciwwskazanie osłabienie działalności serca, spostrzegane po dużych i długotrwałych utratach krwi. Vogel jest odmiennego zdania; właśnie wtedy, kiedy krwiobieg jest upośledzony i skład krwi usposabia do tworzenia się zakrzepów żylnych, należy

pacyentkom pozwalać na wczesne wstawanie. Autor radzi jedynie podawać takim chorym przed i po operacyi digalen. Z wyników Vogel był bardzo zadowolony. Spostrzegał wyśmienite samopoczucie, znakomitą sprawność jelit i pęcherza moczowego, wskutek czego laxantia i kateteryzacya okazały się zbyteczne, lecz co najważniejsze, wczesne wstawanie, choć nie usuwa możliwości powstawania zatoru, jednakże liczba ich jest znacznie mniejsza. W większości swych przypadków Vogel zastosował cięcie Pfannenstiela, które gorąco poleca. Powłoki brzuszne zeszywał szwem 3-piętrowym. Na powięź w 85% przypadków nakładał ciągły szew silkwormowy.

Neugebauer nie uznaje za pożyteczne wczesnego wstawania po porodach; inna rzecz—sprawa operacyj ginekologicznych. W zasadzie, jak dotąd, w sprawie wczesnego wstawania nie posiadamy materyału własnego, to też musimy ograniczać się do powtarzania twierdzeń autorów obcych.

Zdaniem Stankiewicza, po porodach należałoby chore trzymać w łóżku do 2 tygodni, choćby w celu zapobiegania opadaniu trzew, i ze względu na rozciągnięcie powłok brzusznych podczas ciąży. Co do operacyj ginekologicznych, to w zasadzie S. jest za wstawaniem wczesnem, zwłaszcza jeśli mamy obawę o wystąpienie zapalenia płuc. Również pozwala S. wstawać wcześnie po zabiegach chorym otyłym, w przeświadczeniu, iż tym sposobem może zapobiegnie powstaniu zatoru. Twierdzenie powyższe opiera S. na odpowiednich spostrzeżeniach własnych. Z innej kategoryi chorych S. przytacza przypadek, w którym chora po operacyi przepukliny udowej wstała pierwszej nocy do ustępu. Fakt ten nie spowodował żadnych złych następstw.

Natanson jest przeciwny wczesnemu sadzaniu w łóżku chorych szczupłych, wychudzonych. Natomiast pozwala na to chorym lepiej odżywianym. Z praktyki własnej podaje N. przypadek, w którym chora usiadła w łóżku już na 2-i dzień po dokonanem u niej cięciu cesarskiem. W celu unikania cewnikowania i po zabiegach operacyjnych, N. poleca swoim chorym ćwiczyć się w oddawaniu moczu w postawie leżącej już przed operacyą.

J. Jaworski uważa, że z dwóch spraw poruszonych, wczesnego wstawania po porodzie i po cięciu brzusznem, pierwsza jest stokroć ważniejsza, chociażby tylko z tego powodu, iż poród jest zjawiskiem powszedniem, codziennem, gdy laparotomia w stosunku do niego nader rzadką. Mówca zastanawia się tylko nad sprawą pierwszą. J. nie ma odwagi zalecania kobietom, aby bezpośrednio, lub nazajutrz po porodzie wstawały, lecz zna całe dziesiątki kobiet, które same sobie na to pozwoliły, zniewolone bądź warunkami życia, bądź lekceważeniem rad i wskazówek. Dotyczy to kobiet z warstw pracujących, nad któremi J. przed laty, jako lekarz zakładów fabrycznych, opiekę rozciągał. Mówca nie spostrzegał tych dodatnich skutków z wczesnego wstawania po porodzie, o jakich ostatnimi czasami piszą, i o których przed chwilą słyszał. Natomiast widywał jaknajgorsze następstwa zbyt wczesnego, nazajurz, lub na trzeci dzień wstawania po porodzie. Oto one: osłabienie ogólne, bóle w kończynach dolnych, w krzyżu, w podbrzuszu, podwyższenie ciepłoty ciała, bardzo przyspieszone tętno przy nizkiej ciepłocie, zbyt długo trwające odchody, najczęściej krwawe, krwotoki, zbyt powolne, leniwe gojenie się naddarć, nadpęknięć wogóle przewodu rodnego,

opuszczenia, opadnięcia, wynicowania pochwy i macicy, częste przodozgięcia wobec ciężkiego trzonu macicy, a zwiotczałej szyi, z zaburzeniami czynnościowemi ze strony pęcherza, z zatrzymaniem odchodów i t. p.

Powoływanie się zwolenników wczesnego wstawania bez następstw ujemnych na kobiety z ludu, zdaniem mówcy, świadczy o powierzchownej obserwacyi.

Właśnie w tej sferze bardzo często daje się spostrzegać najzgubniejsze skutki nieraz w postaci nawet kalectwa, powstałe wskutek zbyt wczesnego wstawania po porodzie. Wielowiekowe doświadczenie pod tym względem przekonało, że kobieta po przejściu, jakiem jest ciąża i poród, musi przez kilka, a nawet kilkanaście dni wypocząć.

Odbiciem takiego poglądu zarówno kobiet, jak i lekarzy, wyrazem jego są usiłowania, aby matka po porodzie znalazła spokój, wypoczynek, aby tem prędzej odzyskać mogła siły i równowagę zachwianą. Usiłowania te przejawiają się w zarządzeniach natury społeczno-humanitarnej, a także prawodawczej. Do pierwszej kategoryi należą odpowiednio urządzone i racyonalnie prowadzone zakłady porodowe, gdzie zgodnie z regulaminem każda położnica, nawet wobec prawidłowego przebiegu okresu poporodowego, pewną określoną liczbę dni przebywa. Francya poszła dalej, bo stworzyła typ zakładu specyalnego. Mowa tu o zakładzie paryskim Ledrue-Rollin dla położnie. Tutaj kobieta po porodzie znajduje opiekę, ochronę i te wszystkie warunki niezbędne, które zapewniają odzyskanie sił oraz sprawność do pracy, ją oczekującej. Pobyt tutaj, przeznaczony właściwie na wypoczynek, przeciętnie nie przedłuża się po za 2 tygodnie. Odpowiednie warunki, w jakich się odrazu kobieta znajduje, sprawiają, że termin ten niby ozdrowienia, bywa zupełnie wystarczającym. Do rzędu zarządzeń i sposobów, mających na celu powstrzymanie kobiet od zbyt wczesnego wstawania po porodzie, a tem samem wczesnego powrotu do zajęć zwykłych, do pracy zawodowej, należą różne ich związki, bardzo propagowane i popierane przez lekarzy, głównie właśnie niemieckich. Są to, t. z. „Mutterschütze.“ Działalność instytucyi tej ześrodkowuje się przeważnie i głównie w towarzystwach asekuracyjnych, w kasach chorych. Kasy te w Niemczech, w ciągu 5-ciolecia, wypłaciły rodzącym około 24 miljonów marek, po 5-cioleciu zaś w jednym roku kobiety rodzące, uczestniczki tych kół, otrzymały przeszło 2 miljony marek. Jedna tylko kasa Lipska, będąca jednak zogniskowaniem kilku innych, na pomoc kobietom rodzącym wydatkuje przeciętnie około 60 tysięcy marek rocznie. Zarządzenia natury prawodawczej, istniejące w wielu krajach Europy środkowej, zapoczątkowane głównie w Szwajcaryi, polegają na uwalnianiu pracownic zawodowych od pracy w zakładach na 4 do 6 tygodni po porodzie, a obecnie i przed porodem.

Wniosek w tym duchu złożyliśmy na I-ym Kongresie kobiet polskich i na IX-ym Zjeździe lekarzy i przyrodników Polskich. Nowe projektowane prawodawstwo fabryczne rosyjskie również wprowadza przepis prawny tego rodzaju. Wszystko więc zmierza, jak widzimy, do tego, aby kobietę po porodzie postawić w jaknajkorzystniejsze warunki bytowe, t. j. uwolnić ją od wczesnego powrotu do pracy codziennej, nierozłącznej z wczesnem wstawaniem po porodzie. Źródłem tych zamierzeń nie jest bynajmniej wygóro-

wany humanitaryzm, lub filantropia, są one raczej wyrazem żądań nauki i doświadczenia lekarskiego. Przepisy zachowania się po porodzie, a tem samem wstawania w ściśle określonym czasie, przeciętnie dnia 9-go, jak wiemy, nie są dowolne, lecz mają podstawę i uzasadnienie w badaniach klinicznych, a nawet anatomo-patologicznych. Pierwsze znane są powszechnie, drugie—mniej. Te ostatnie właśnie powinny kierować nami w zalecaniu, co do czasu wstawania po porodzie. Jaworski z tego powodu przypomina, że zmniejszenie masy macicy poporodowej, które łatwo może być określone przez ważenie narządu zmarłych położnic, następuje w pierwsze 8 dni najszybciej. Macica przez czas ten traci około połowy masy swej, waga jej spada z 1 kilogram. do $\frac{1}{2}$ kilogrm., a jeszcze po 8-iu dniach następnych do $^1/_3$ klgrm. W końcu tygodnia 3-go waży ona tylko $\frac{1}{4}$ klgrm., w końcu 6-go tygodnia posiada dawną wagę swą, t. j. 50—60 gramów.

Część dolna szyi, oraz część pochwowa znacznie powolniej powracają do formy swej. Jeszcze po 3—4-ch dniach ujście wewnętrzne macicy bywa drożne dla wskaziciela, a kanał szyi bywa dostępny prawie do połowy 2-go tygodnia. Gdy zważymy nadto, że pochwa dopiero po tygodniu posiada odpowiednie napięcie, przedstawia dopiero wtedy dobrze skurczony kanał—to staje się zrozumiałem, na jakie niepożądane skutki, a nawęt niebezpieczeństwo narażone bywają kobiety, które, nie doczekawszy bodaj najkrótszego terminu, a jednak koniecznego, niezbędnego, aby chociażby częściowo odbyła się przemiana wsteczna kanału rodnego, opuszczają łóżko zbyt wcześnie.

Następnie, zbyt wczesne wstawanie po porodzie wszak sprzyjać nie będzie gojeniu się nasamprzód wszelkich naddarć, pęknięć, odgnieceń na kroczu, w pochwie, części pochwowej i szyji. Wszystko to goi się najpomyślniej przez sklejenie powierzchni części obrażonych, czemu dźwiganie się, podnoszenie, ruch, bynajmniej nie sprzyja, lecz szkodzi, przeszkadza. Gdy gojenie odbywa się przez ropienie, ruch znów może mieć wpływ szkodliwy, sprzyjać może rozszerzaniu się ropienia. A dalej, wewnętrzna powierzchnia macicy bezpośrednio po porodzie, od ujścia wewnętrznego do otworów trąbkowych przedstawia obszerną obnażoną ranę. I tutaj zbyt wczesny ruch, nieodłączny od wstania, z opuszczeniem łóżka przez położnicę, naraża ją na ewentualność spraw zapalnych natury zakaźnej, a w każdym razie opóźnia gojenie, nowotworzenie się nabłonka, części śluzówki macicy. Co się tyczy zakrzepów, których tworzeniu się ma zapobiegać jakoby wczesne wstawanie po porodzie, to zdaniem J. twierdzenie takie jest zbyt jednostronne. Nasamprzód, mechanizm tworzenia się zakrzepów, jak to zresztą wspomniał i prelegent, przytaczając pewne hypotezy pod tym względem, nie jest tak prosty. Sprawa nie jest zdecydowana, czy zakrzepy powstać mogą tylko wskutek zwykłego rozszerzenia żył, czy też wskutek zapalenia ściany wewnętrznej żyły, natomiast pewnem jest i niestety często spotykanem, że przy istniejących zakrzepach, nieraz nie skonstatowanych, np. w żyłach miednicowych, następuje właśnie wskutek ruchu, zbyt wczesnego wstania położnicy, zator tętnicy płucnej z zejściem śmiertelnem. To wielkie przyspieszenie tętna u położnicy, przy nizkiej ciepłocie jej ciała, o czem zwolennicy wczesnego wstawania wspominają, bywa prze-

jawem tworzenia się zakrzepów na dużej przestrzeni. Wobec istnienia zakrzepów, do powstania zatoru — krok jeden.

Zapobieganie pod tym względem ma właściwie tylko jeden środek — unieruchomienie, spokój. Wszyscy, niestety, wiemy o przypadkach, kończy Jaworski, gdzie najbliższą przyczyną zatoru był wysiłek fizyczny, dźwignięcie, nawet silne wydymanie się położnicy poddać defekacyi. Dla tych przyczyn, tak różnych i wielorakich, mówca pomimo zachęceń stanowczych pewnych autorów, uważa zbyt wczesne wstawanie po porodzie za sprawę, wymagającą jeszcze dalszych badań, a tymczasem otwartą.

Antecki, opierając się na materyale przytułku i szpitala praskiego, zaznacza, iż nie widział złych następstw wczesnego wstawania.

Ryłko w odpowiedzi zaznaczył, że wszyscy powyżej wspomniani autorowie nacisk szczególny kładą na to, aby chorym, wcześnie wstającym, nie pozwalać absolutnie na żadne zajęcie, dźwiganie etc., jak to zwykle robią kobiety z ludu, które zaraz na drugi dzień po porodzie biorą się do codziennej gospodarskiej roboty — te więc nie mogą być stawiane za przykład.

Co do zakrzepów, to nie można jednak przejść do porządku dziennego nad twierdzeniem autorów, popartem znacznemi liczbami, że częstość zakrzepów wybitnie zmniejszyła się po stosowaniu tej metody.

Mówca sądzi wreszcie, że metoda ta stopniowo wywalczy sobie prawo obywatelstwa w dyetetyce pooperacyjnej i poporodowej, dzięki szeregowi dodatnich zjawisk, wynikających z jej stosowania.

ST. CYKOWSKI.

*Posiedzenie dnia 26 lutego 1909 r. *)*

Stankiewicz Czesław przedstawia następujące okazy anatomiczne:

1) torbiel międzywiązową jajnika lewego, wielkości dwóch pięści, usuniętą wraz z jajowodem w końcu 3-go miesiąca ciąży.

25-letnia kobieta, zamężna od lat dwóch, poroniła w 2-gim miesiącu przed rokiem. Ostatnia miesiączka 19. X. 08. Szybkie powiększenie się torbieli, która początkowo miała wielkość pomarańczy. Cięcie brzuszne 23.I.09. Obszerne zrosty sieci z przednią ścianą brzucha i pęcherzem moczowym; nieliczne zrosty otrzewnowe, płaszczyznowe i pasemkowate wokoło lewego więzu obłego i pomiędzy guzem a ścianą brzucha.

Przecięcie przedniego listka więzu szerokiego, wyłuszczenie torbieli na tępo, usunięcie wraz z jajowodem mocno wydłużonym. Uporczywe krwawienie, acz nieznaczne, z żył położonych bliżej ściany macicy. Okłucie struną, ujmujące powierzchownie i ścianę macicy. Peritonisatio. Szew ściany brzucha trzypiętrowy. Przebieg pooperacyjny niepowikłany. Ciąża rozwija się dalej **).

---

*) Dopełnienie do sprawozdania z d. 26 lutego 1909 r, podane w Zeszycie II, Tom I, str. 252.
**) Prawidłowy poród nastąpił w końcu lipca r. b.

Operacyę wykonano w uśpieniu chloroformowem, po uprzedniem wstrzyknięciu skopomorfiny. Macicy ciężarnej nie ujmowano ani ręką, ani narzędziami, odsunięto tylko ostrożnie za pomocą szerokiej łyżki.

2) Macicę mięśniakowatą, usuniętą u 37-letniej dziewicy wraz z przydatkami. Na stronie lewej torbiel międzywiązowa przyjajnikowa, wielkości dużej pięści. Cięcie poprzeczne sposobem Pfannenstiela. Panhysterectomia. Zeszycie pochwy na głucho, peritonisatio. Zdrowienie niepowikłane.

3) Macicę mięśniakowatą dużych rozmiarów — guz sięgał do łuku żebrowego, usuniętą u 46-letniej panny, cierpiącej na zapalenie mięśnia sercowego. Tętno niemiarowe, 120. Napady duszności, skłonność do zapalenia oskrzeli. Cięcie brzucha pośrodkowe, wycięcie macicy nadpochwowe wraz z przydatkami. Już nazajutrz po operacyi zalecono siadać, ze względu na możliwość powikłań ze strony płuc. Przebieg pooperacyjny powikłany od piątego dnia gorączką (maximum 38.4) prawdopodobnie w zależności od wytworzenia się wysięku w lewem przymaciczu. Wyzdrowienie.

4) Macicę w stanie przewlekłego zapalenia (metritis) z zajęciem obustronnem przydatków, usuniętą doszczętnie drogą brzuszną u 47-letniej kobiety.

Wielkość macicy odpowiada trzeciemu miesiącowi ciąży. W szyi na stronie lewej torbiel śródścienna, wielkości orzecha laskowego, o zawartości mętnej. Jajowody grubości palca, jajniki w stanie zaniku.

Zabieg operacyjny trudny z powodu licznych obszernych zrostów z jelitem prostem i ścianami miednicy. Po wykonaniu panhisterektomii pochwę zeszyto na głucho szwem strunowym, nie ujmującym śluzówki. Peritonisatii. Szew ściany brzucha trzypiętrowy. Kilka szwów silkowych w postaci ósemki na powięź i skórę (szwy *de sureté*). Zdrowienie bez powikłań.

5) Macicę, znacznie powiększoną — odpowiadającą trzeciemu miesiącowi ciąży, z obustronnym ropniakiem jajowodów, usuniętą drogą brzuszną w przypadku wypadnięcia pochwy i macicy (prolapsus vaginae et uteri incompl.). Cięcie sposobem Pfannenstiela 28. XI. 08. Mocne zrosty narządów rodnych z jelitem cienkiem i między sobą. Panhysterectomia. Otwierając przednie sklepienie od góry nacięto pęcherz moczowy; ranę długości 3 — $3\frac{1}{2}$ ctm. zaszyto struną, w dwa piętra.

Szyja macicy wydłużona, wielkości prawie prawidłowej macicy, stąd trudny dostęp do przedniego sklepienia. Grube sączki gumowe do pochwy. Szew ściany brzucha 4-piętrowy. Cewnik na stałe. Przebieg pooperacyjny na początku gorączkowy: trzykrotnie powyżej 38°C, max. 38.7. Sączki usunięto piątego dnia; cewnik — ósmego. Rana pęcherza moczowego zagoiła się doraźnie. Dalsze zdrowienie bez powikłań.

5. II. 1909 wykonano sztuczne zwężenie pochwy (colporrhaphia ant. et colpoperineorrhaphia). Za pomocą szwu kapciuchowego wpochwiono do wewnątrz ścianę pęcherza, sposobem Gersunyego. Tylną ścianę pochwy i krocze wzmocniono szeregiem szwów piętrowych, pogrążonych. Wypisana ze szpitala zdrowa d. 21. II. 09.

6) Okaz raka gruczołowatego trzonu macicy. U kobiety 50-letniej krwawienia i odchody cuchnące z macicy powiększonej. Wyskrobanie macicy próbne — rak gruczołowaty. Operacya podług Wertheima, w ogólnych zarysach: usunięcie gruczołów i luźnej tkanki przymacicznej. Obu-



Cięcie brzuszne kotwicowate (Cz. Stankiewicz).

stronne podwiązanie tętnicy podbrzusznej na początku zabiegu. Zdrowienie niepowikłane, najwyższa ciepłota po operacyi 37,8°C.

W przypadku tym S. zastosował cięcie brzuszne kotwicowate (p. rys.) połączenie cięcia podłużnego z cięciem poprzecznem, jak w sposobie Pfannenstiela. Cięcie poprzeczne nieco półkoliste, wklęsłością zwrócone ku górze, dotyczy tylko skóry i powięzi; mięśnie proste brzucha pozostają niena-

ruszone. Cięcie kotwicowate daje obszerny dostęp do narządów miednicy, większy niż cięcie podłużne zwykłe; szycie powłok jest tu jednak trudniejsze.

7) Okaz raka szyi macicznej. Operacya podług Bumma — Wertheima u 35-letniej kobiety. Cięcie powłok kotwicowate, podwiązanie tętnicy podbrzusznej obustronne. W okresie pooperacyjnym uporczywe, nadzwyczaj ciężkie wymioty do trzeciego dnia. Do szóstego dnia moczu nie oddaje dobrowolnie; cewnikowanie; nieżyt pęcherza moczowego w drugim i trzecim tygodniu po operacyi. Wyzdrowienie.

8) Okaz wyrostka robaczkowego, usuniętego u 27-letniej kobiety w ósmym tygodniu po porodzie. Parametritis sinistra z gorączką do 39.4. Oddając stolce w nocy chora poczuła nagle ból w brzuchu. Zrana brzuch wzdęty, bolesny; tętno 104, stan ogólny ciężki, wygląd niepokojący. W przypuszczeniu, że mogło nastąpić pęknięcie wysięku przymacicznego do jamy brzusznej, cięcie brzuszne bezzwłocznie. Otrzewna nieco przekrwiona, lecz błyszcząca. W zatoce Douglasa kilka łyżeczek płynu surowiczego. Wysięk zajmuje całe lewe przymacicze i przestrzeń pomiędzy listkami więzu szerokiego aż do jajowodu przedstawia się w postaci twardych mas; chełbotania nigdzie nie wyczuwa się. Jajowód i jajnik prawidłowe, — na obydwóch stronach.

Wyrostek robaczkowy mocno obrzmiały, u wolnego końca kolbowawato rozszerzony — wczesny okres appendicitis acuta. Wyrostek usunięto sposobem zwykłym: zmiażdżono u nasady, przewiązano struną, odpalono żegadłem Paquelina, poczem kikut pogrążono szwem kapciuchowym. Ranę brzucha zeszyto szwem jednopiętrowym i przykryto opatrunkiem z kolodyonu.

Cięcie równoległe do więzu Pouparta, ponad połową jego odśrodkową. Po przecięciu skóry i mięśni udało się na tępo dotrzeć do ogniska ropnego w przymaciczu i wypuścić sporo ropy niecuchnącej. Powolne wyzdrowienie.

Ponadto S. przedstawia dwa inne okazy zapalenia wyrostka robaczkowego. W obydwóch przypadkach użyto cięcia Mac-Burneya z dysocyacyą mięśni brzusznych. Jeden z tych przypadków operowano 10-go dnia po wystąpieniu pierwszych objawów zapalenia, w okresie podostrym, drugi — a froid.

S. okazuje jeszcze preparaty: a) cystoma parovarii sinistri, b) myoma submucosum uteri, annexitis bilateralis; wycięcie macicy nadpochwowe; c) hypernephroma renis destri; d) calculus vesicae, calculi ureterales. Colpocystotomia.

Przypadki operacyjne zakończone pomyślnie.

W końcu S. demonstruje nowe narzędzia, strunę paryską Triolleta, silk wyjałowiony w rurkach szklanych, gotowy do użycia.

(Streścił mówca).